Sous l'égide de la Fondation Lalla Salma – Prévention et traitement des cancers

A.M.I.C
Association Marocaine des Infirmier(e)s en Cancérologie

ASSOCIATION LALLA SALMA DE LUTTE CONTRE LE CANCER

Vers des pratiques infirmières universelles en cancérologie

7ème JOURNEE SCIENTIFIQUE DE L'AMIC

Le Samedi 25 Mai 2013

Hôtel Golden Tulip Farah Rabat à l'embouchure du Bouregreg

Nous attendons vos communications

Première Annonce

Appel à Communication

Date limite de soumission
30 Avril 2013

Inscriptions disponibles en ligne sur le site :
www.journee2013.assoamic.ma

Roche NOVARTIS sanofi aventis Mylan COOPER

CAP AstraZeneca GENPHARMA SCRIM gsk ZENITH Pharma

AMIC, Localisation Centre de Traitement Al Kindy / 2 et 4 Rue Al Kindy-Casablanca-Maarif 2010-Maroc
E-Mail: contact@assoamic.ma / Site web: www.assoamic.ma
BMCE BANK / Agence Océan Rabat Compte n° 011 8100006 200 00 07194 32

Sous l’égide de la Fondation Lalla Salma – Prévention et traitement des cancer

Association Marocaine des Infirmier(e)s en Cancérologie

7éme Journée Scientifique de l’AMIC

" Vers des pratiques universelles en cancérologie "

25 Mai 2013-Hotél Golden Tulip Farah Rabat

avec des participants venus de l’Algérie, de la Tunisie et du Maroc, de l’Institut National d’Oncologie, CHU Sahloul de Sousse Tunisie, Centre pierre et marie curie de cancérologie Alger, Centre d'oncologie Ibn Rochd, Association Marocaine de la formation et de la recherche en oncologie médicale-AMFROM, Centre de traitement Al kindy-Casablanca, Institut supérieur des sciences infirmière Sfax Tunisie, service d'oncologie médical CHU Hassan II Fès, Centre régional d’oncologie Hassan II-Oujda, centre d’onco-hématologie (COH)-CHU Mohammed VI-Marrakech -

Conférences

Radiothérapie au Maroc, passé, présent futur

Pr. BENIDER, Médecin chef du centre d'oncologie Ibn Rochd de Casablanca Maroc et membre du conseille scientifique de la Fondation Lalla Salma – Prévention et traitement des cancers

Programme (AIEA) de Formation théorique et pratique à l'intention du Radiothérapeute /Technicien en radiothérapie: Quel rôle pour le technicien de radiologie en radio oncologie ?

Mr. Mustapha ABOULKACEM technicien de radiologie-surveillant du pole de la radiothérapie-INO-Sidi Mohammed Ben Abdellah

Processus de sécurité en oncologie : Rôle de l'infirmier

Dr. Saber. BOUTAYEB (Oncologue, Responsable de l'Hôpital de jour-INO-Sidi Mohammed Ben Abdellah et membre l'Association Marocaine de la formation et de la recherche en oncologie médicale - AMFROM)

Le renforcement des affects des patients porteur d'une maladie cancéreuse pourrait améliorer la qualité de vie, l'adhésion au nouveau programme thérapeutique et réduit l'incidence des complications

Mr. Béchir BEN SAAD Inspecteur paramédical et Directeur des soins au CHU Sahloul de Sousse TUNISIE

Formation continue

Techniques du ganglion sentinelle

Dr. EL MORCHID Radio oncologue-Centre de traitement Al kindy-Casablanca

Prévention de la transmission croisée recommandations

Mme. Nadia MIR de Sanofi Maroc

Le rôle infirmier dans l'annonce du cancer

Mr. Abdellah. MOUMSI, Cadre Infirmier-Service des soins Infirmier-INO-Sidi Mohammed Ben Abdellah

L’éducation thérapeutique infirmière en cancérologie
Becem. BEN AMAR, Enseignant professionnel de santé-Institut supérieur des sciences infirmière Sfax TUNISIE
Nouveaux concepts pour la prise en charge des plaies cancéreuses
Mr. Mehdi Bennani, Responsable département pharmacie-Sterifil
Les bonnes pratiques transfusionnelles
Dr. Khadija Hajjout, Médecin biologiste-Directrice centre régional de transfusion sanguine-Raba
Préalables infirmier pour la prise en charge de la douleur aigue chez les patients atteints du cancer
Mr. Adil. SADDOUK Infirmier polyvalent, oncologie médical CHU Hassan II Fès
L’analyse des dimensions des soins infirmier en situations de soins palliatifs ou place de l’infirmier dans * Les soins oncologiques de supports *
Mr. Béchir BEN SAAD Inspecteur paramédical et Directeur des soins au CHU Sahloul de Sousse TUNISIE
Reflexe anti cancer au quotidien
Mme. Akila OUZNAOUI infirmière en oncologie médicale ALGER
Bilan d’activité de l’hôpital de jour du centre régional d’oncologie Hassan II Oujda entre 2006-2012
Hayat. SERHIR-Infirmière chef du service, Dr. A. OUARHIR-Pharmacien, Dr. R. ZERHOUNI-Médecin généraliste, Dr. N. ABARROU-Oncologue médical, Pr .S. AFQIR-Oncologue- hôpital de jour-CRO-Hassan II Oujda
Protocole de soins : entre réalité et pratique, cas institut national d’oncologie de rabat
Mme. Ahlam. AITOUMA-Cadre Infirmier, Abdeslam ZEDDOU-Service des soins Infirmier, Pr. H.ERRIHANI-Oncologue- chef du service d'oncologie médicale-INO-Sidi Mohammed Ben Abdellah
Extravasation-anticancéreux (poster)
Mr. Aaazddin. BIOUIH-Infirmier-Service d’hospitalisation d’hématologie et d’oncologie pédiatrique (COH)-CHU MOHAMMED VI-Marrakech.

Radiothérapie au Maroc
Passé, présent et futur

Pr A.Benider

Centre Mohamed VI pour le traitement du cancer

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

7éme Journée Scientifique de l'AMIC
25 Mai 2013

A.M.I.C

25 Mai 2013

Radiothérapie

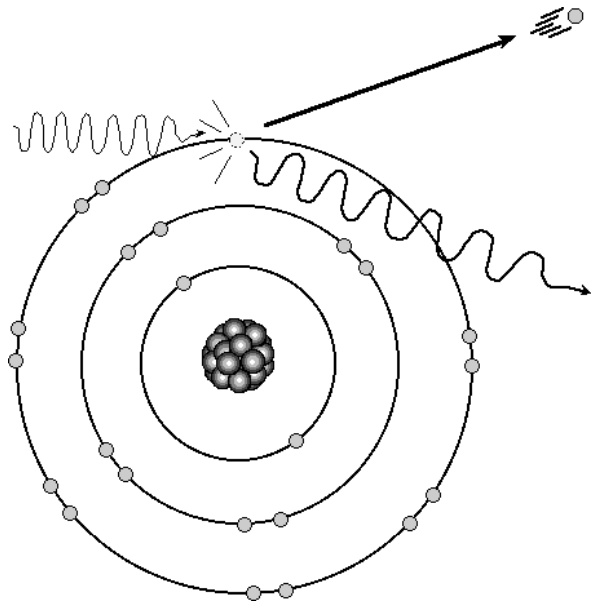
Définition

Traitement par les radiations ionisantes (RI)

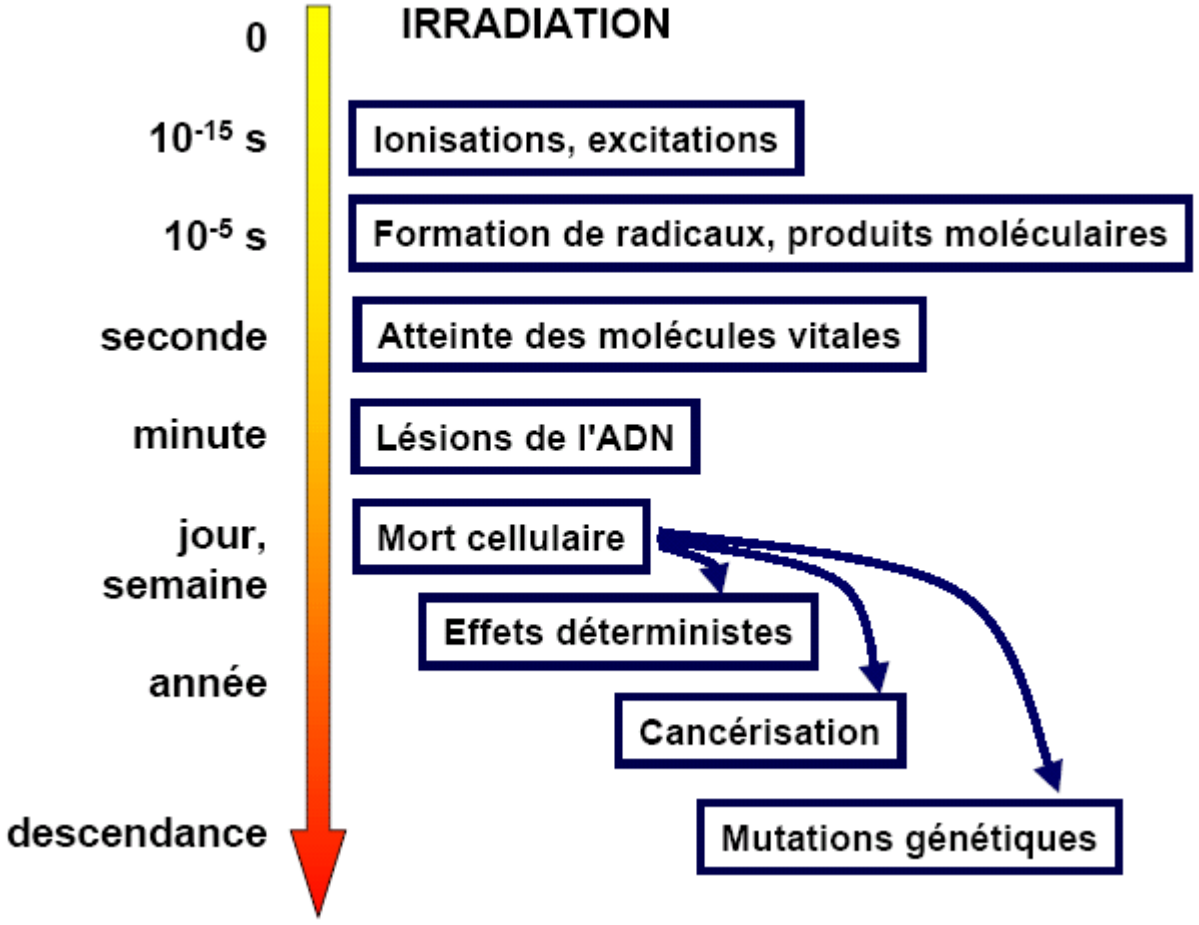
Arme thérapeutique majeure

Mécanisme d'action

Quand un rayonnement traverse un tissu sain ou tumoral, cette énergie endommage le matériel génétique (ADN) des cellules. Plusieurs types de lésions peuvent se produire. Les plus néfastes sont les cassures des deux brins de la double hélice d'ADN. Difficilement réparable par la cellule, ce type de lésion, lorsqu'il persiste dans la cellule, l'empêche de se diviser et entraîne la mort de la cellule.



Effets Biologiques
des Radiations Ionisantes



Trois grandes périodes de la radiothérapie

*1900-1939: Période du Kilo voltage et du Radium

Contrôle des tumeurs superficielles accessible

*1950-1995: Période du méga voltage

Telecobalt , Accélérateurs linéaires

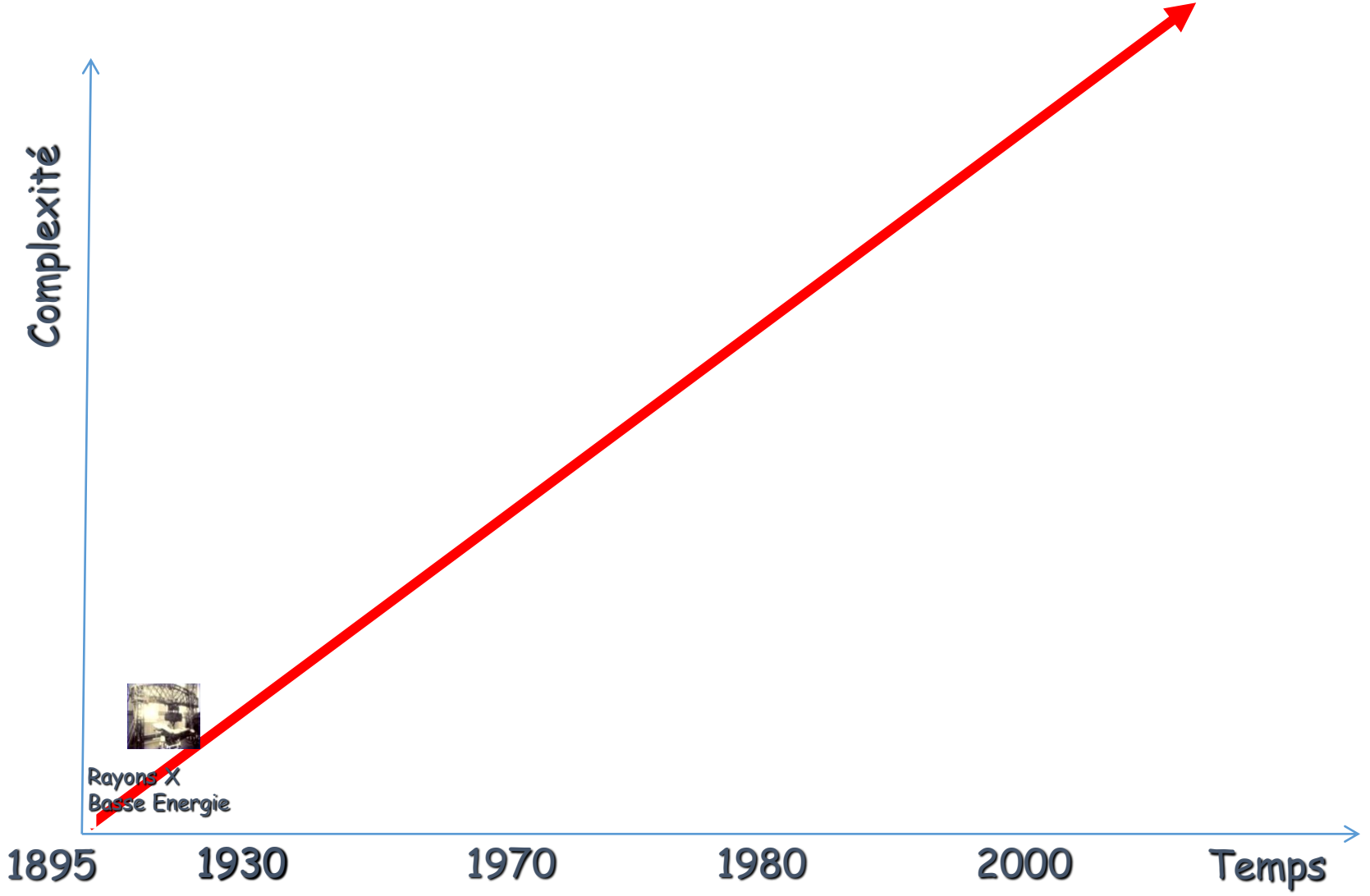
*1995 - 2010 : Radiothérapie assistée par ordinateur

Révolution numérique

Collimateurs multi lames

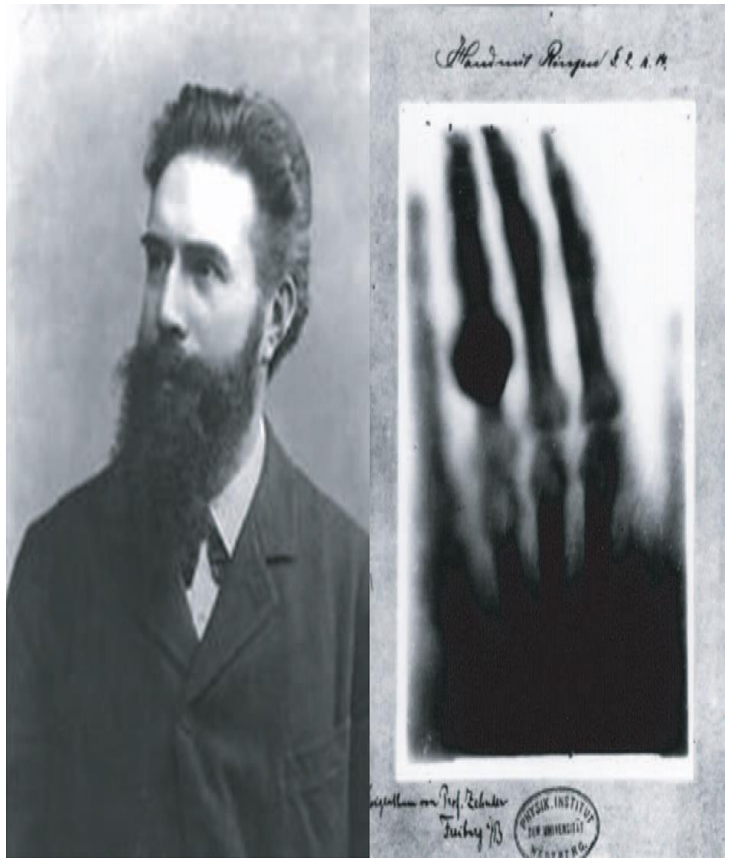
RCMI, radiothérapie asservie a la respiration

Période du kilovoltage



1903 : La naissance de la radiothérapie

- Fin du 19e siècle : découverte des rayons X.
- En 1895, Wilhelm Conrad Roentgen projette des électrons accélérés par un champ électrique sur une cible de tungstène dans un tube à vide. Un rayonnement est émis. Roentgen lui donne le nom de rayons X en raison de sa nature inconnue.
- La radiologie est née et des services de radiologie sont installés dans les hôpitaux dès 1897.



1903 : La naissance de la radiothérapie

- En 1896, Henri Becquerel fait pour la première fois état d'un phénomène baptisé plus tard **radioactivité naturelle par Marie Curie qui, en** 1898, découvre avec Pierre Curie les propriétés du radium et du polonium.
- Dès le début du 2 0 e siècle, Marie Curie est convaincue que les rayons X et le rayonnement des corps radioactifs peuvent soigner le cancer

Fondation curie

Période du kilovoltage et du radium (1900-1939)

- À la suite de la découverte du radium par M. Curie, se développent les premières techniques de curiethérapie, pour les cancers accessibles (peau, col utérin, lèvre, langue mobile, canal anal)..
- Au Maroc: à la même période 1929 SPEDER crée le centre Bergonié

le centre Bergonié: Casablanca (1929 – 1947 Dr Speder

Fondateur et Directeur du "MAROC MEDICAL"

Le Docteur E. SPÉDER

Créateur du "Centre Bergonié" du Maroc
dont il fut Médecin-Chef de 1928 à 1947

le centre Bergonié: Casablanca
(1929 – 1947 Dr Speder)

Le plus grand centre en Afrique du nord et le mieux équipé avec:

- **4 appareils de RT profonde (2x300KV; 250KV et 200KV)**
- **1 appareil de RT superficielle**
- **1 appareil de RT de Contact**
- **500mg de Radium**

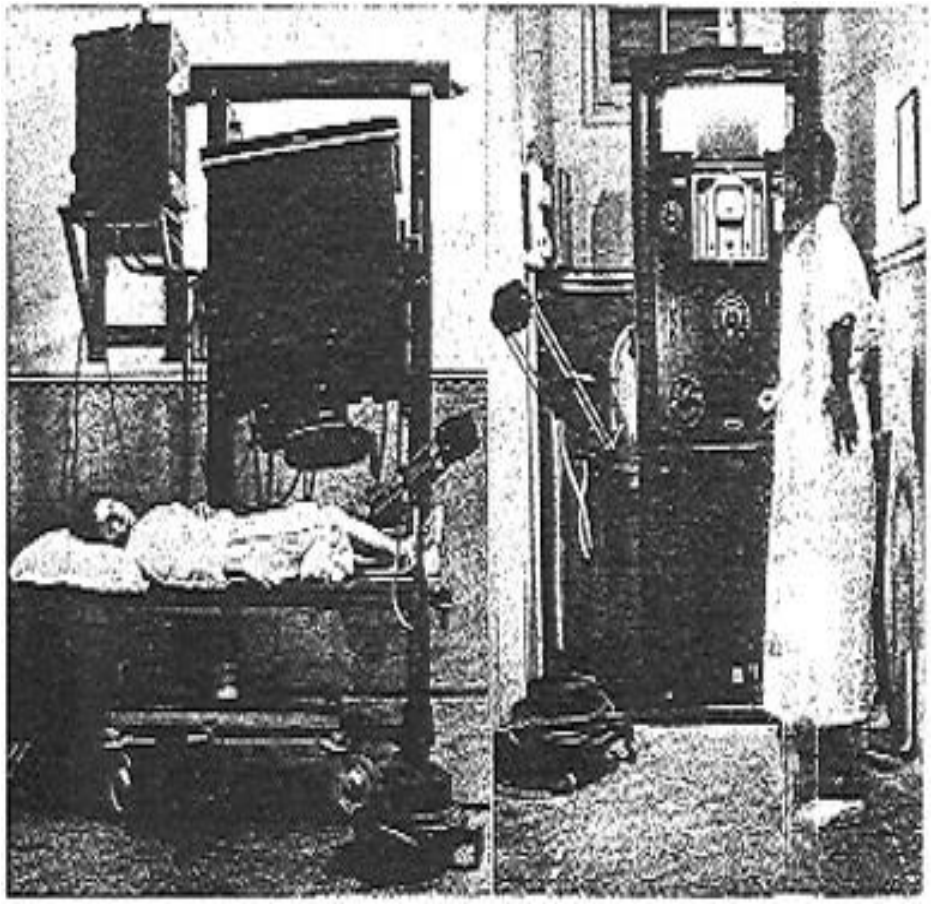
Fondateur et Directeur du "MAROC MEDICAL"

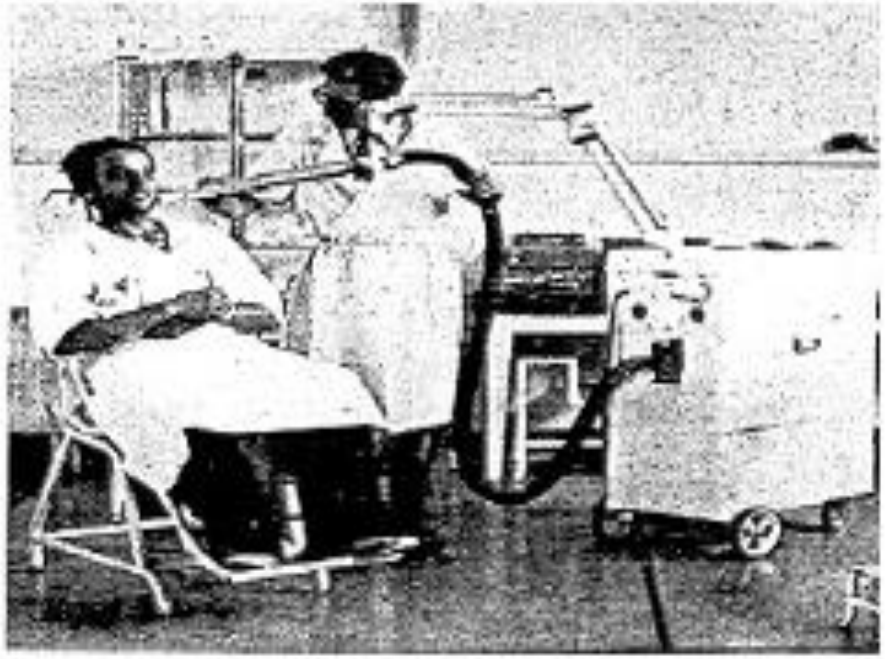
Le Docteur E. SPÉDER
Créateur du "Centre Bergonié" du Maroc
dont il fut Médecin-Chef de 1928 à 1947

Inauguration par S.E. le Pacha de Casablanca, le Dr. Fournier et le directeur de la Santé Publique et de la Famille au Maroc de l'hospitalisation en 1947

Historique

1929: Bergonié Centre -Casablanca
Ibn Rochd Oncology Center





Basse énergie (Kv)

UNION MINIÈRE DU HAUT KATANGA

Société Congolaise à responsabilité limitée

CERTIFICAT 3417

POUR SEL DE RADIUM

livré à

DIRECTION DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUES.
RABAT. Maroc.
(Centre Anticancéreux de Casablanca)

L'Union Minière du Haut Katanga atteste

par la présente que la radiation gamma émise par l'aiguille en platine - N° H.C.1.5 provient exclusivement du radium et de ses dérivés et non du mesothorium ou de ses produits de désintégration

BRUXELLES (Belgique), le 10 Juillet 1933.

Attesté par

UNION MINIÈRE DU HAUT KATANGA

Chef du Laboratoire de Chimie.

Annexé au certificat de mesures de l'Université Libre de Bruxelles, n° 13395.

JDR.

N° 409 38ème ANNEE JUIN 1959

MAROC MEDICAL

المغرب الطب في

MARRUECOS MÉDICO

Revue Mensuelle

SOMMAIRE

H. Redon - Diagnostic et traitement des cancers du sein 787

M. Dargent - Le cancer de la langue ; données étiologiques, anatomo-cliniques et thérapeutiques 805

P. Marquès - Télécobalthérapie. Son intérêt. Ses limites 834

LE CANCER AU MAROC

H. Fournier - Avant-propos 837

H. Fournier - Le traitement des cancers du col de l'utérus aux stades I et II au Centre Bergonié du Cancer du Maroc 839

H. Comte - Traitement radio-chirurgical et chirurgical du cancer du col de l'utérus 843

R. Chevret et J. Chenebault - Résultats d'une série homogène de 182 interventions pour carcinome bronchique 850

M. Motillon, J. Ferrand, P. Destombes - A propos de 44 cas de cancer du cavum 853

M. Benjelloun - Les tumeurs malignes primitives de la voûte du crâne 858

G. et J.P. Levy-Lebhar - La radiothérapie de contact intra-cavitaire 862

E. Levy-Lebhar - Quand doit-on irradier les cancers génitaux opérés ? 867

F. Pelbois - Epithéliomas cutanés et radiations 868

G. Liscia - Les cancers du tube digestif en milieu marocain. Etude statistique 870

J. Chenebault, R. Chevret et H. Fournier - Deux tumeurs bronchiques primitives contemporaines, homolatérales et de type histologique différent, chez un même sujet 872

M. Bottou - Réflexion sur l'examen des malades atteintes d'un cancer génital 874

J. Challiol - Localisations cancéreuses sur l'appareil génito-urinaire chez l'homme observées de 1952 à 1958 à l'hôpital M. Gaud 876

M. Lahbabi - Cancer du sein et importantes métastases osseuses .. 877

M. Lahbabi - A propos d'un cas de chorio-épithéliome du testicule. 878

G. Laurent et E. Ercolini - Un cas de myélome multiple ou plasmocytome ou maladie de Kahler 880

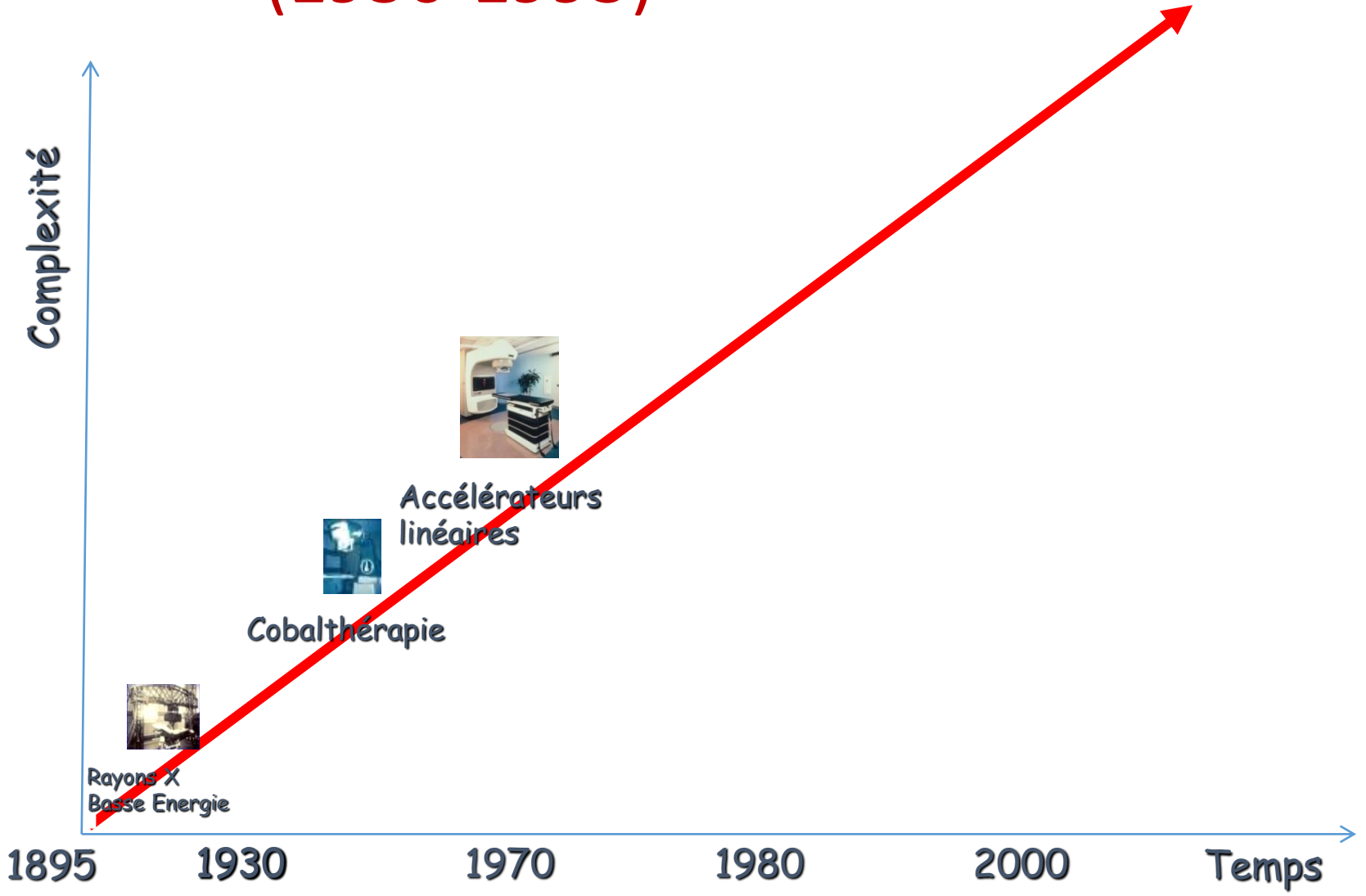
CONFERENCE NATIONALE DE LA SANTE

Rabat - Avril 1959 883

Cancers examinés ou traités au Centre anti-cancéreux Bergonié

	Cancers nouveaux	Pose de radium	Cancers traités par radiothérapie
1939	139	69	88
1940	150	58	85
1941	228	75	189
1942	219	88	89
1943	187	59	140
1944	170	47	182
1945	209	48	204
1946	236	44	396
1947	336	186	308
1948	313	123	384
total	**2187**	**797**	**2075**

Période du mégavoltage
(1950-1995)



Période du mégavoltage (1950-1995)

Deux découvertes vont ouvrir la voie aux « hautes énergies» :

- 1951: P. et I. Joliot Curie découvrent la radioactivité artificielle en 1936 :
- elle permettra, en 1951, d'installer le premier appareil de télécobalt au Canada .

Période du mégavoltage (1950-1995)

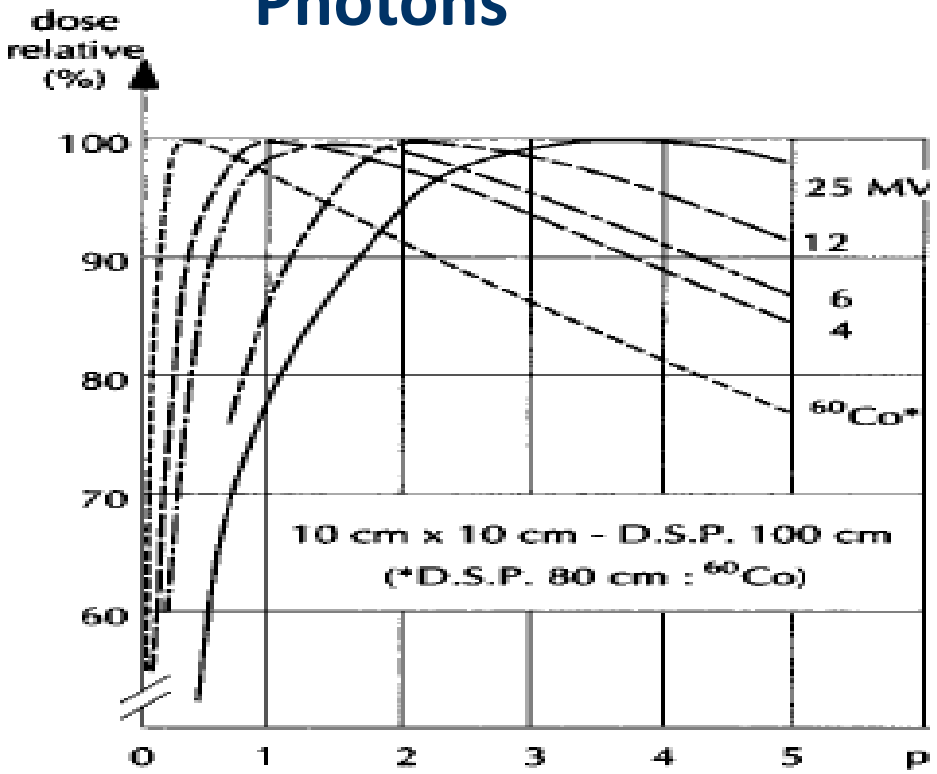
- Par ailleurs, les radars mis au point pendant la seconde guerre mondiale sont le fruit de la technologie des générateurs de haute fréquence. Cette technologie appliquée à la radiothérapie va aboutir en **1970** à la fabrication des accélérateurs de particules produisant des rayons X de 6 puis 15 (voire 25) MV

  Avantages: photons X parcours infini dans la matière

  Electrons parcours fini dans la matière

Rendement en profondeur:

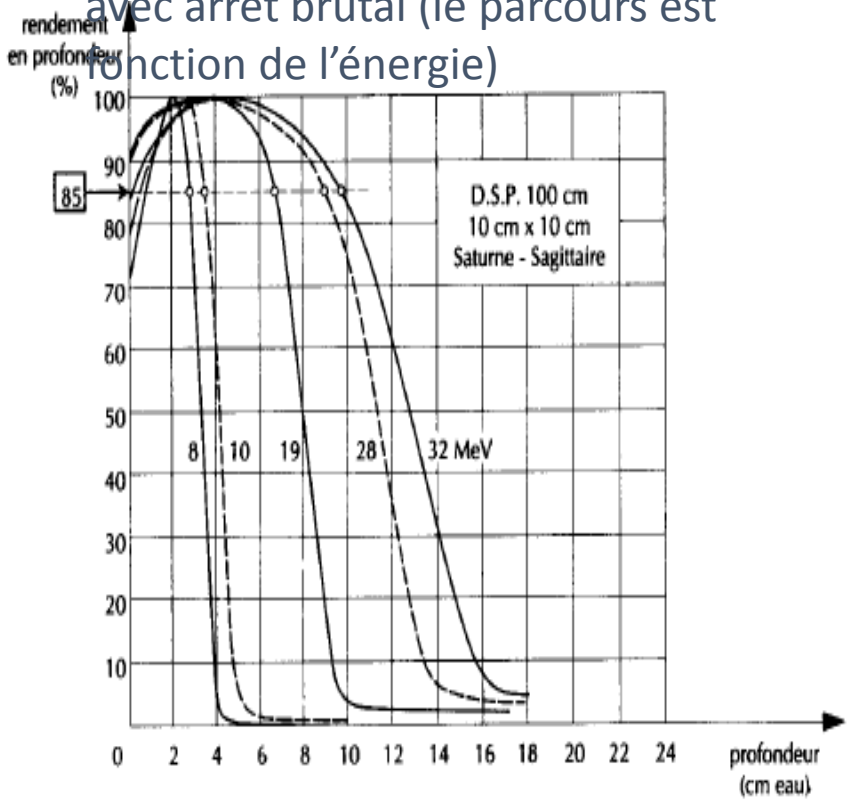
Photons



Profondeur en cm

Électrons

Absorption sur une profondeur limitée avec arrêt brutal (le parcours est fonction de l'énergie)



Au Maroc

Casablanca

Source de cobalt
Russe 1975

Cobalt moderne
1982

Octobre 1981

Avant les années 90

- Centres publiques

- Centre Bergonié 1929 (Dr Speder) Orthovoltage

  Cesium 1959
  Cobalt Russe 1975
  Alcyon 1982

-I.N.O Sidi Mohamed Ben Abdellah

  1985 = C.A.C
  2 cobalt
  Curiethérapie bas dèbit

- Hôpital Militaire Mohamed V

  2 accélèrateurs

- Centres privés

  1989 - Al Kindy, Casablanca

Avant les années 90

Centre fonctionnel

Tableau récapitulatif des équipements en radiothérapie < 1990

	COIR	INO	Al kindy	Hop milit.	Total
LINAC	0	1	0	2	3
COBALT	1	2	1	-	4
SIMULATEUR	1	1	0	1	3
CURIE LDR	3	8	2	-	13
CURIE HDR	0	0	-	-	0
TPS	0	1	1	1	3

Historique

1- Centres publiques

- Centre Bergonié 1929 (Dr Speder) Orthovoltage

  Cesium 1959

  Cobalt Russe 1975

  Alcyon 1982

-I.N.O Sidi Mohamed Ben Abdellah

  1985 = C.A.C

- Hôpital Militaire Mohamed V

2- Centres privés

1989	- Al Kindy, Casablanca
1992	- Al Azhar, Rabat
1999	- Littoral, Casablanca

Avant 2000

COIR

INO

AL KINDY

AL-AZHAR

Hop. I. M.V

LE LITTORAL

Octobre 2001

Octobre 1981

UNION MINIÈRE DU HAUT KATANGA

Société Congolaise à responsabilité limitée

CERTIFICAT 3417

POUR SEL DE RADIUM

livré à

DIRECTION DE LA SANTE ET DE L'HYGIENE PUBLIQUES.
RABAT. Maroc.
(Centre Anticancéreux de Casablanca)

L'Union Minière du Haut Katanga atteste

par la présente que la radiation gamma émise par l'aiguille en platine - N° H.G.1.5 provient exclusivement du radium et de ses dérivés et non du mesothorium ou de ses produits de désintégration

BRUXELLES (Belgique), le 10 juillet 1933.

Attesté par

UNION MINIÈRE DU HAUT KATANGA

Chef du Laboratoire de Chimie.

Annexé au certificat de mesures de l'Université Libre de Bruxelles, n° 13395.

Evacuation
des déchets radio-actifs

Radium

100 aiguilles (curieth)

↓

Stockées en 1984 (petit bunker)

Demi-vie 1600 ans

↓

RADON

(Gaz radio-actif)

Bunker

Gammatec/radium

Source de cobalt russe

Salle de conditionnement de radium

Salle de conditionnement de radium

CONSULTATION

Historique

1- Centres publiques

- Centre Bergonié 1929 (Dr Speder) Orthovoltage

  Cesium 1959

  Cobalt Russe 1975

  Alcyon 1982

-I.N.O Sidi Mohamed Ben Abdellah

  1985 = C.A.C

- Hôpital Militaire Mohamed V

- Centre d'Oncologie d'Oujda

2- Centres privés

1989	- Al Kindy, Casablanca
1992	- Al Azhar, Rabat
1999	- Littoral, Casablanca
2005	- Nakhil, Rabat

Au Maroc
Entre les années 90 - 2005

Tableau récapitulatif des équipements en radiothérapie 1990-2005, Maroc

	INO	COIR	Al kindy	Al-Azhar	Littoral	Hop milit.	Oujda	Agdal	total
LINAC	2	0	1	2	1	2	1	1	10
COBALT	2	2	1	1	1	-	-	-	7
SIMULATEUR	1	1	-	-	-	1	1	-	4
CURIE LDR	8	4	2	3	-	-	-	-	17
CURIE HDR	1	0	-	-	-	-	1	-	1
TPS	2	1	1	1	1	1	1	1	9

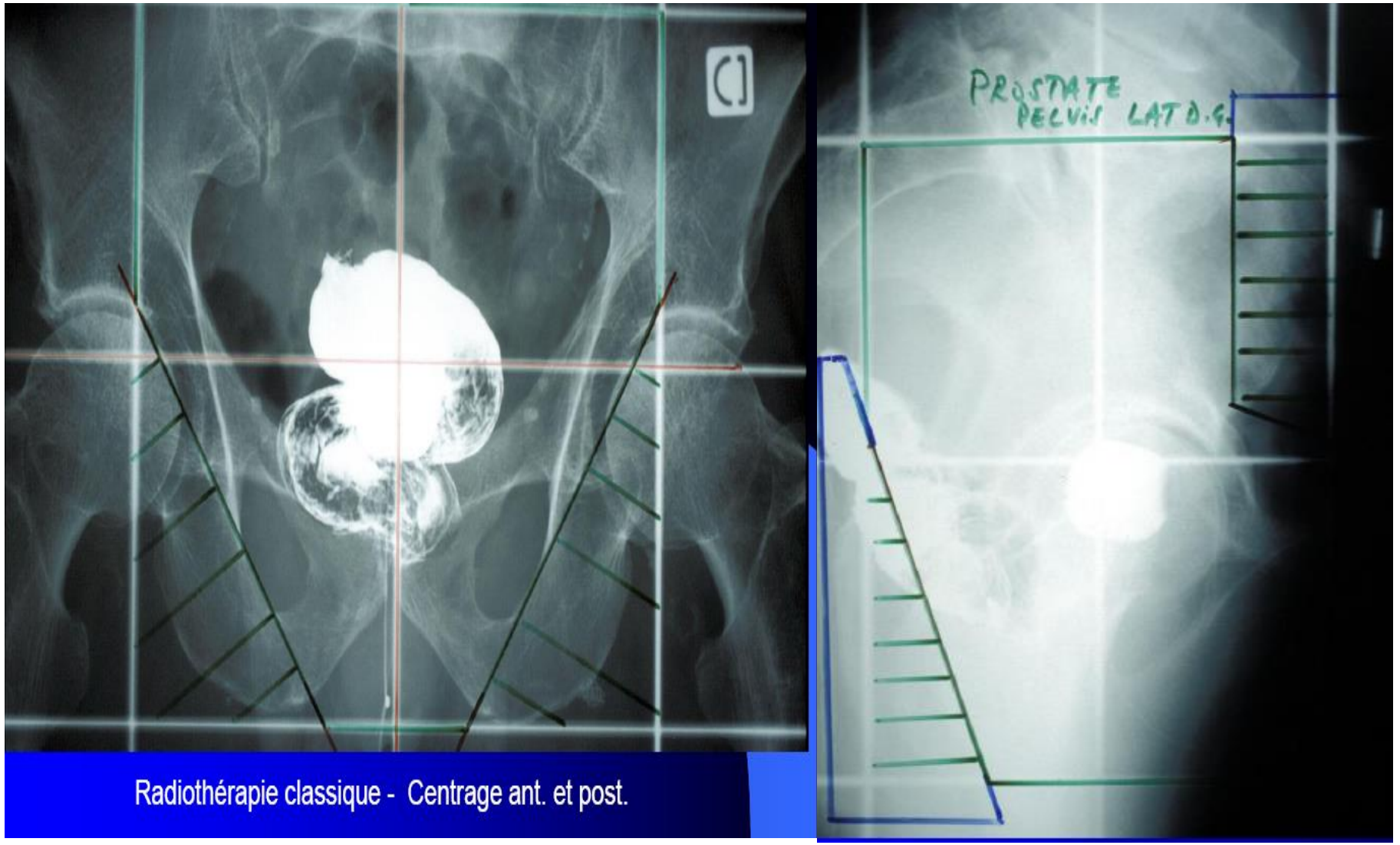
- En matière d'équipement, bien que l'AIEA recommandait l'utilisation de la cobalthérapie pour les pays en développement pour éviter le fardeau d'une haute technologie sophistiquée et lourde pour la maintenance. Le Maroc avait malgré tout opté pour ces méthodes thérapeutiques modernes.

Radiothérapie 2D

Simulateur

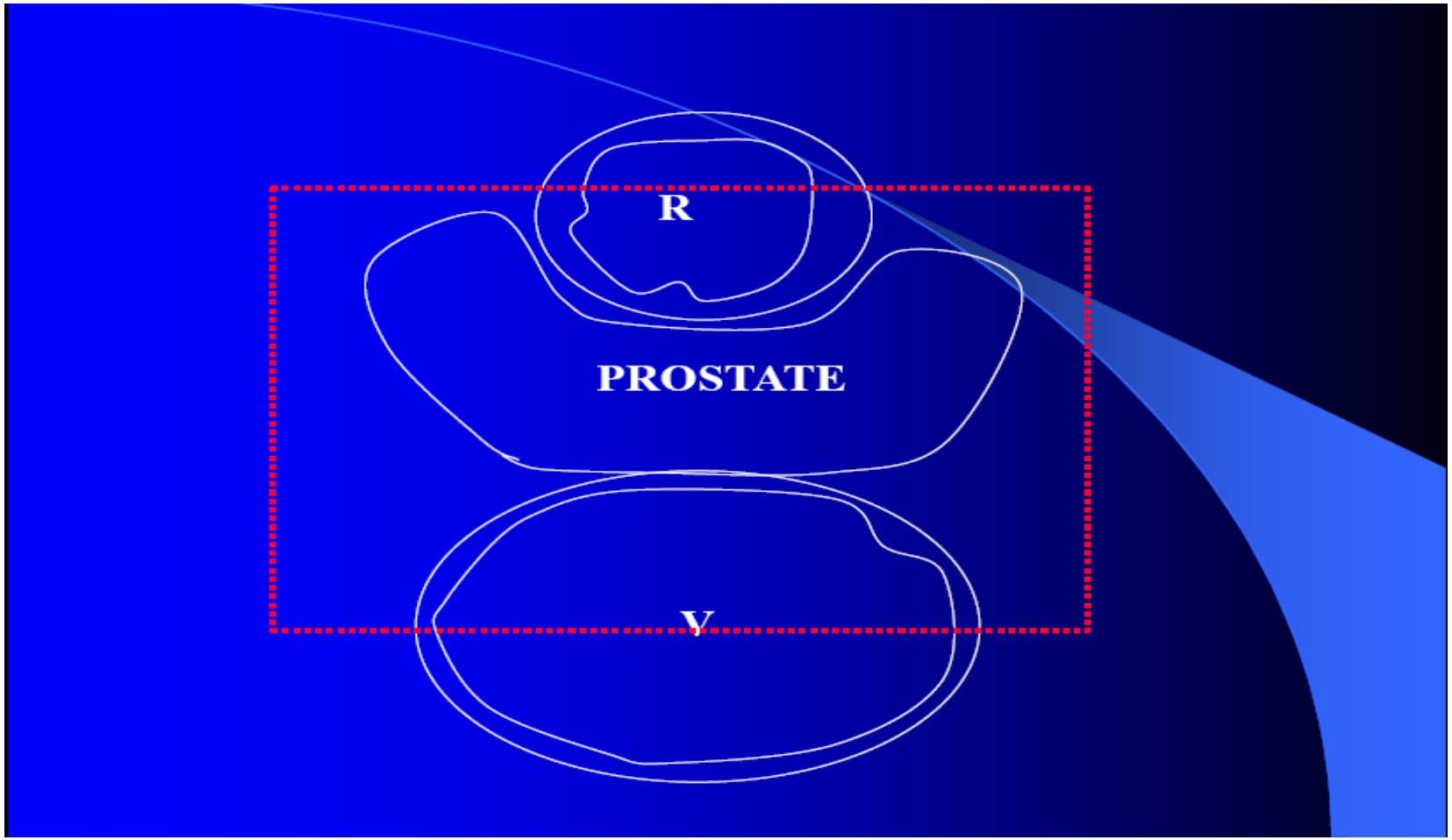
Accélérateur

Radiothérapie 2D

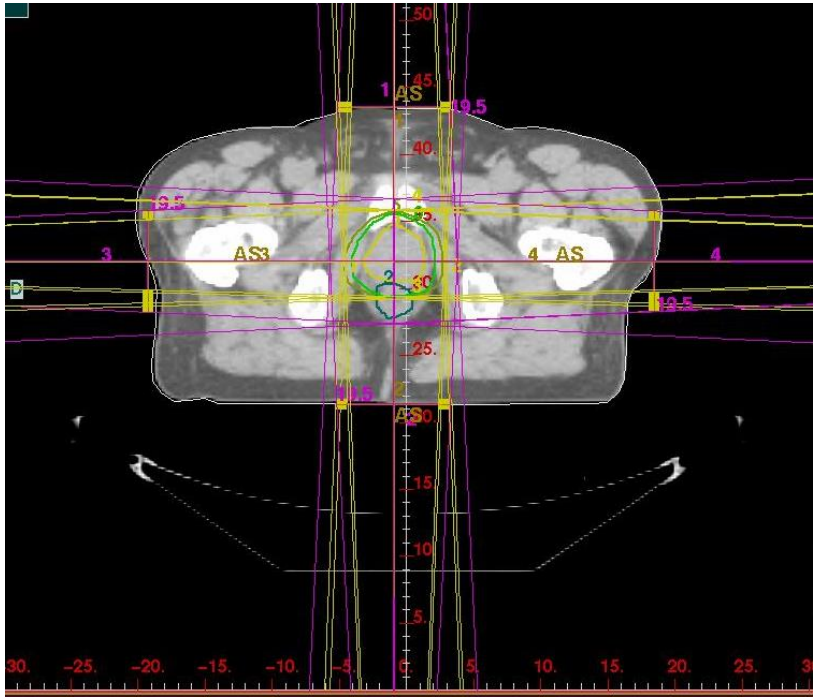


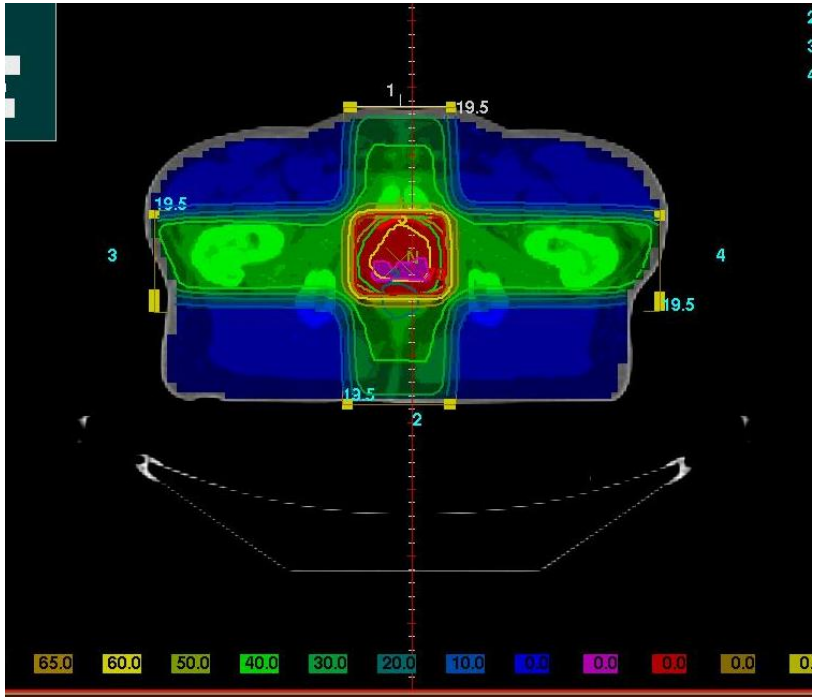
Radiothérapie classique - Centrage ant. et post.

Radiothérapie 2D



Radiothérapie 2D
Les avantages





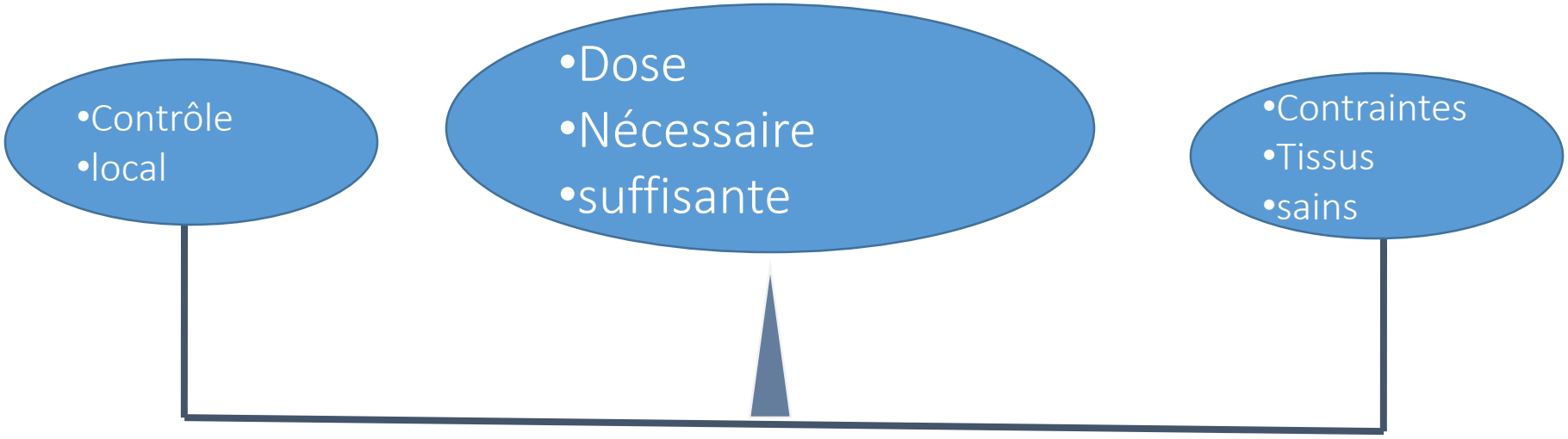
- **Traitement des tumeurs en volume**
- **Simple et facilement reproductible**

Contraintes de la radiothérapie

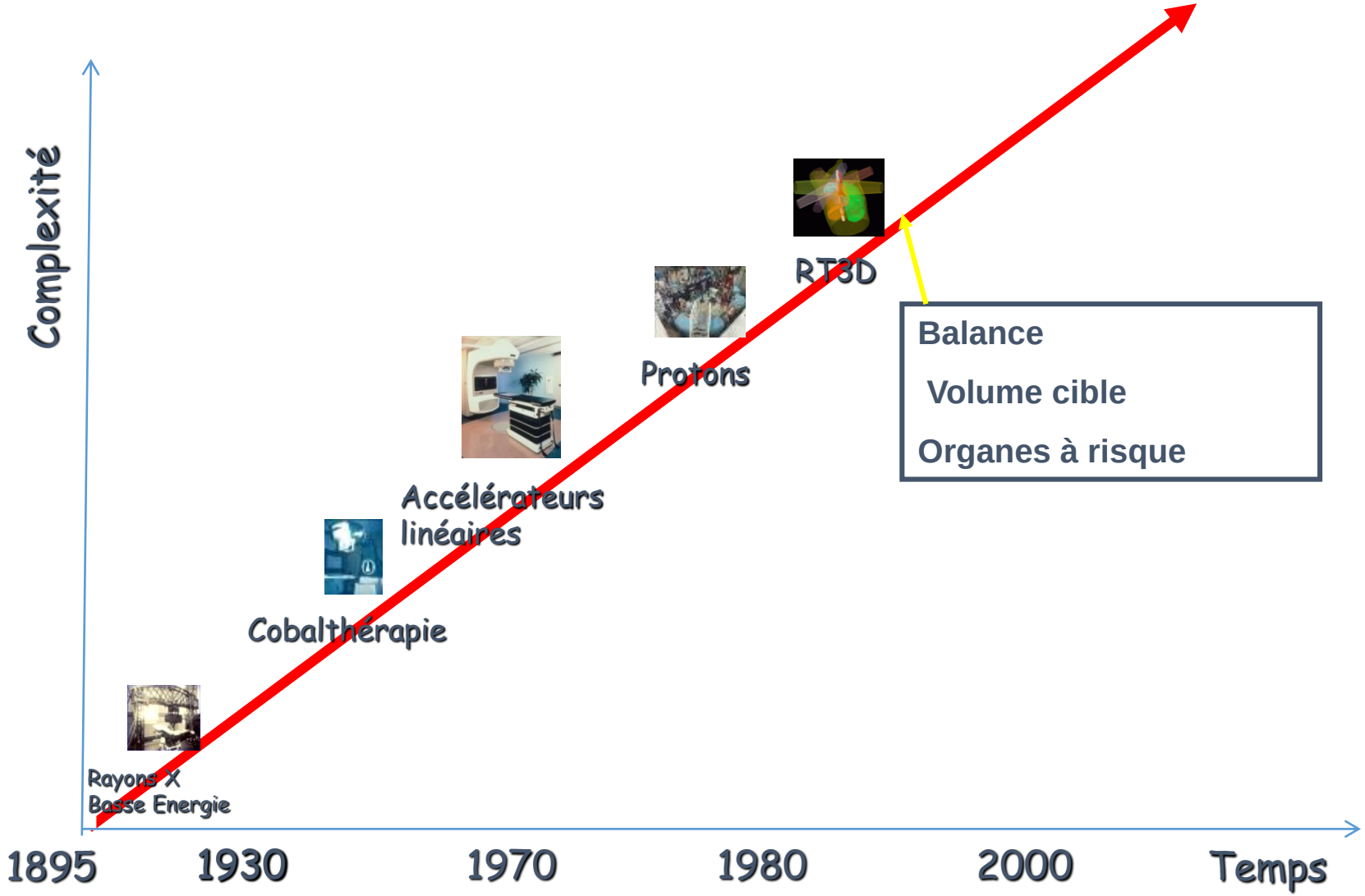
- Délivrer une dose curative dans
  - la tumeur
  - Les extensions macroscopiques
  - Les extensions microscopiques

Délivrer une dose la plus faible dans

- Les organes sains

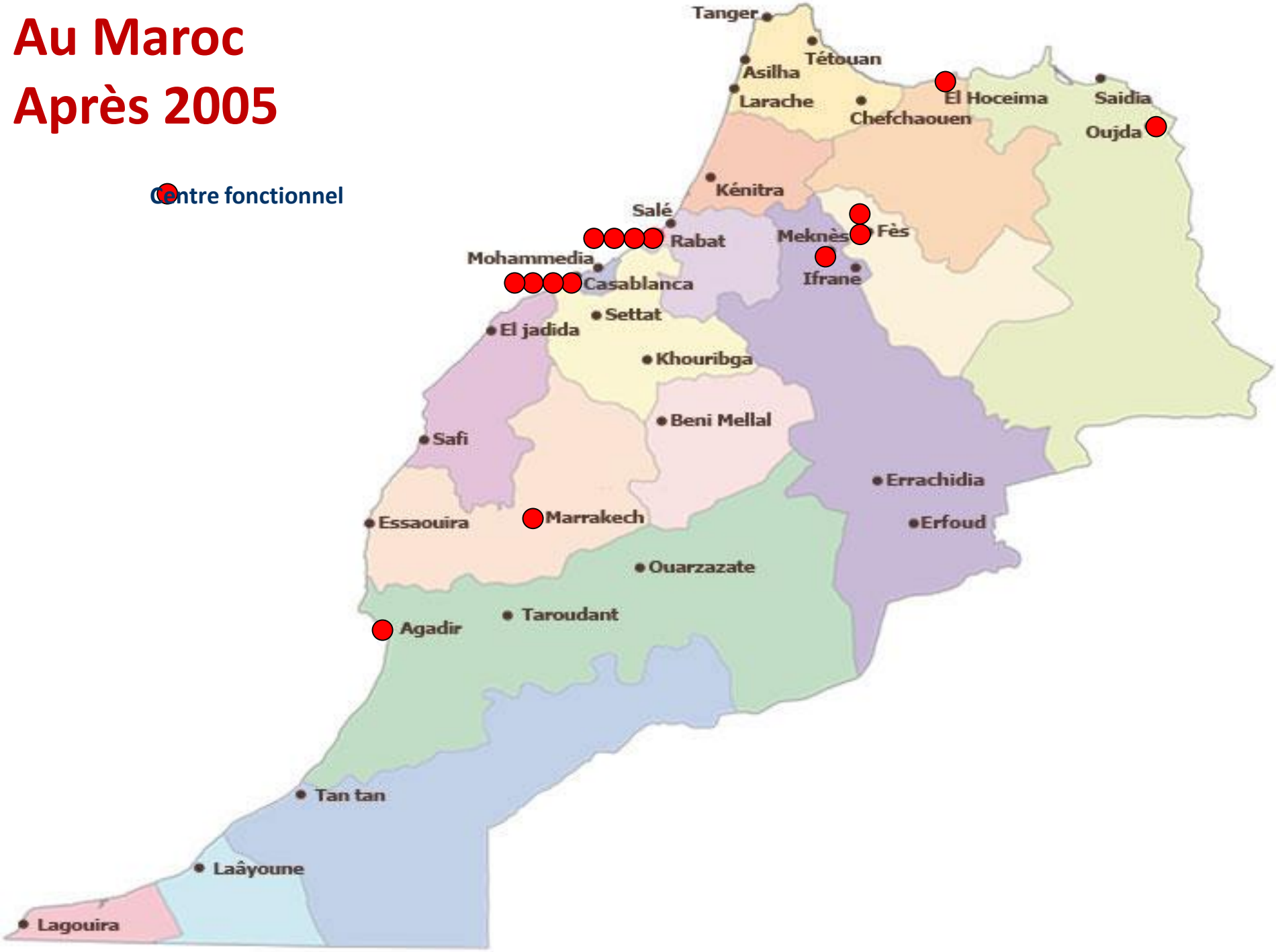


Radiothérapie assistée par ordinateur ou conformationelle



Au Maroc
Après 2005

Centre fonctionnel



Historique

Centres publiques

1929 : Centre Bergonié
Orthovoltage
1959 → Cesium
1975 → Cobalt Russe
1982 → Alcyon

1985 : I.N.O Sidi Mohamed Ben Abdellah

- Hôpital Militaire Mohamed V
- Centre d'Oncologie d'Oujda
- Hôpital spécialités Rabat (gammaknife)
- Centre Al Hoceima
- Hôpital Hassan II Agadir
- Hôpital Med VI Marrakech

Centres privés

1989 : Al Kindy, Casablanca

1992 : Al Azhar, Rabat

1999 : Littoral, Casablanca

2005 : Nakhil, Rabat

2010 : Kawtar, Fes

2011 : Riad, Casablanca

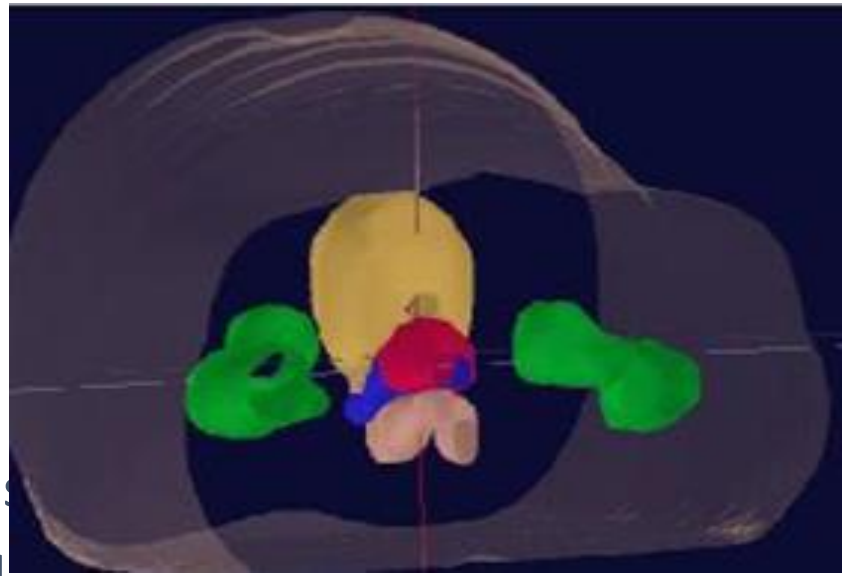
2012 : Centre, Meknes

Tableau récapitulatif
des équipements en radiothérapie au Maroc

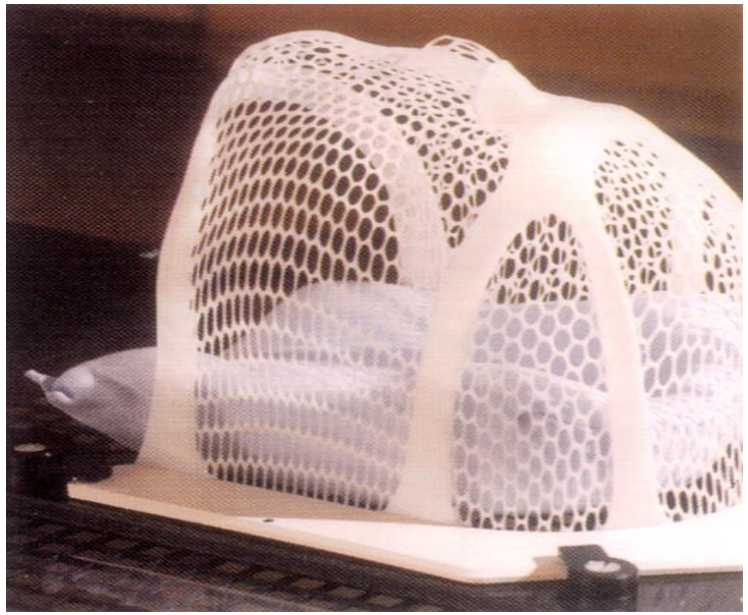
	INO	COIR	kindy	Azhar	Littoral	Hop milit.	Oujda	NAKHIL	Agadir	Marrakech	Hoceima	Riad	FES	Meknès	Total
LINAC	3	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	25
COBALT	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2
SIMULATEUR	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	5
CURIE LDR	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
CURIE HDR	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	9
CTSCAN	1	1	1	1	1	1	1	1	0	2	0	1	2	1	14

Radiothérapie conformationelle 3D

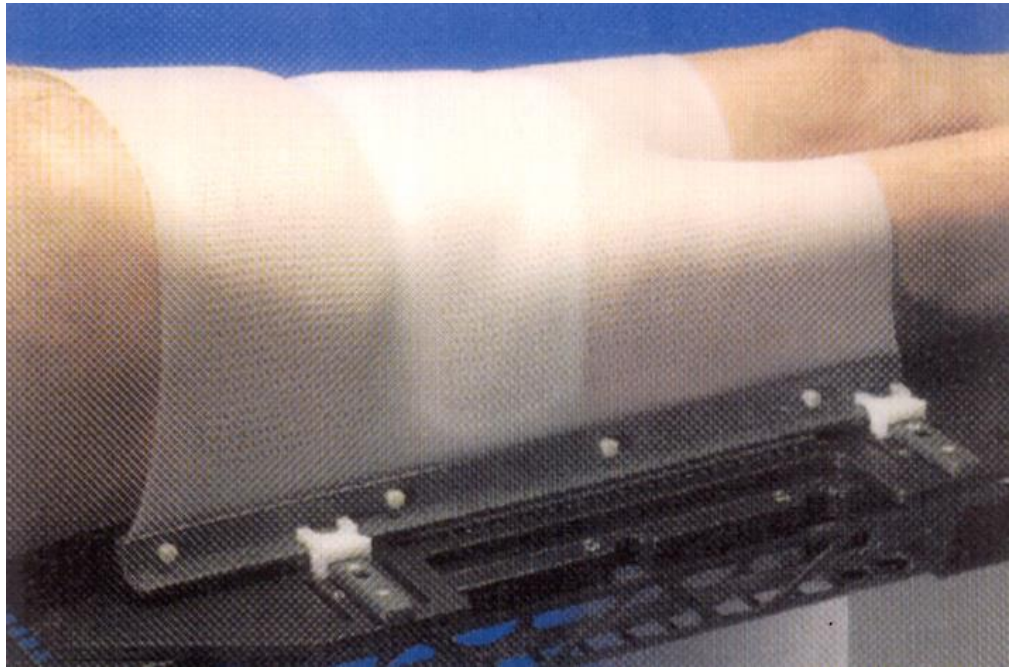
- **Accélérateurs linéaires**



- **Radiothérapie conformationelle**
  C’est une irradiation transcutanée dans
  laquelle le volume traité est adapté au
  volume cible reconstruit en trois dimensions

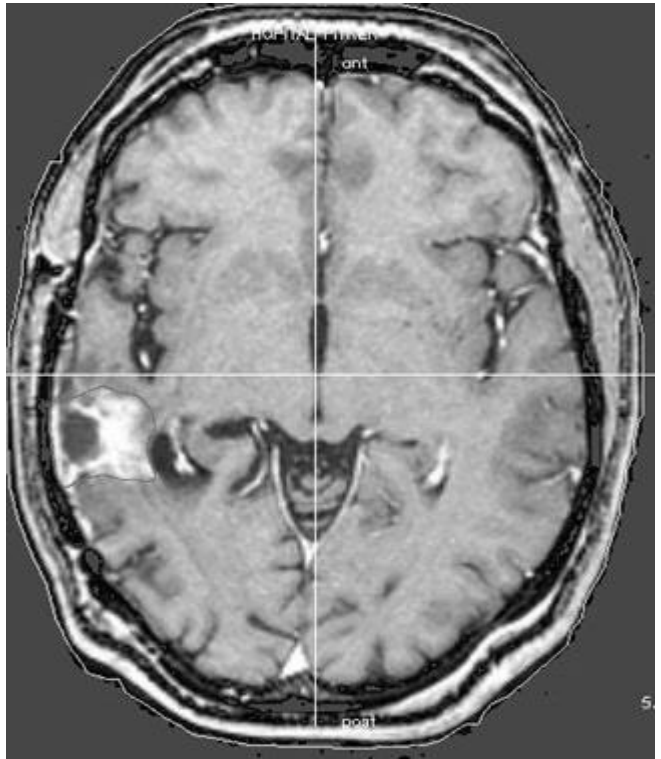


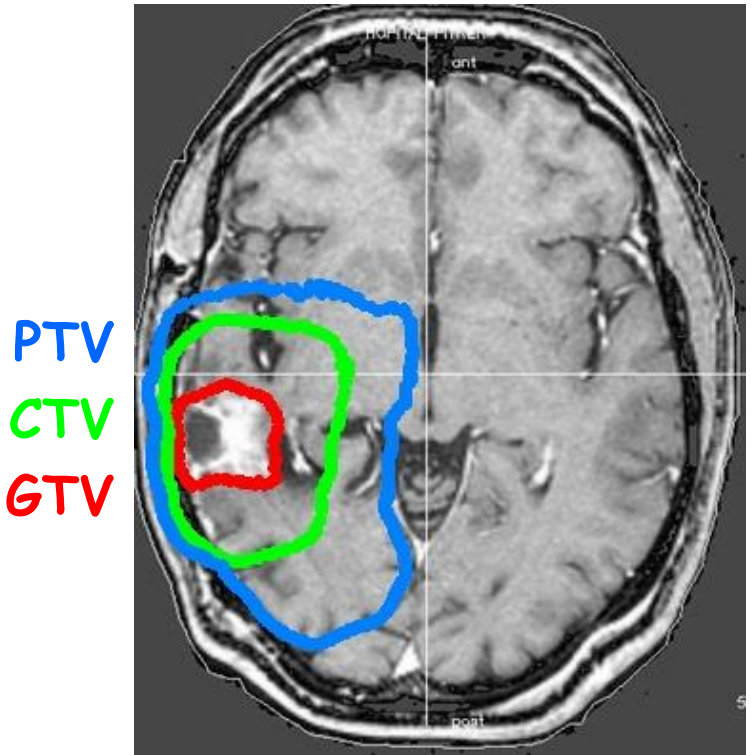
Fabrication du matériel de contention (masque ORL, appui bras…), l’objectif est de retrouver tous les jours la même position



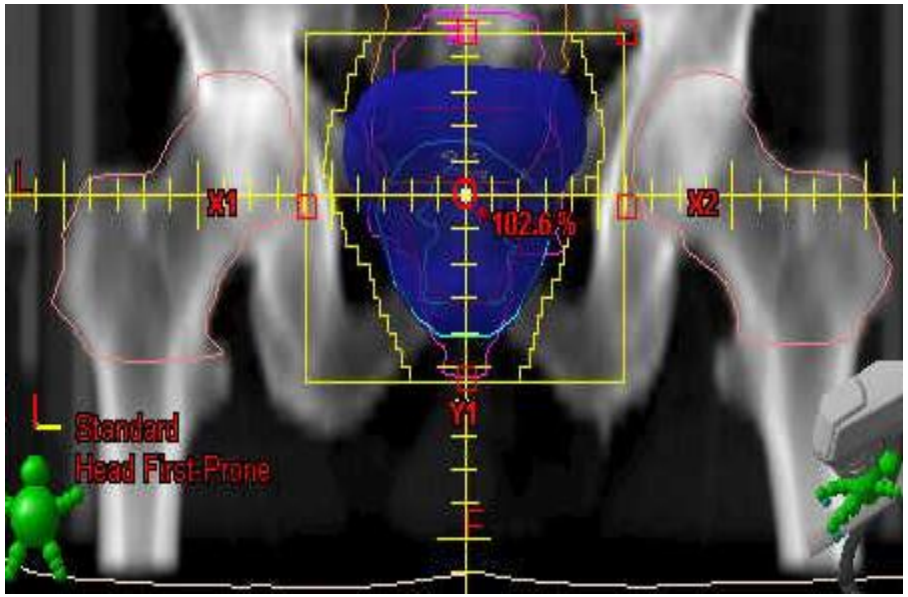
Le scanner dosimétrique

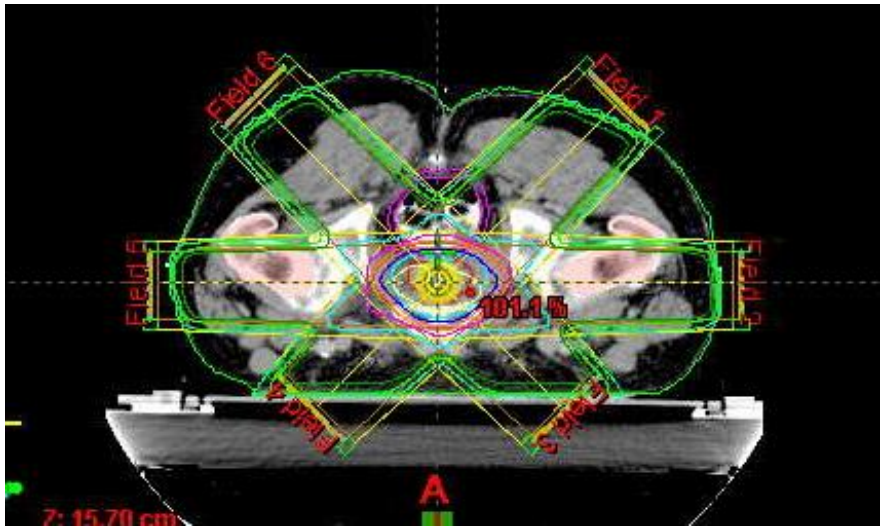
- Acquisition des données anatomiques
- Coupe tous les 2-3 mm +/- injection selon la clairance et selon les besoins
- Transfert des données sur les consoles dosimétriques

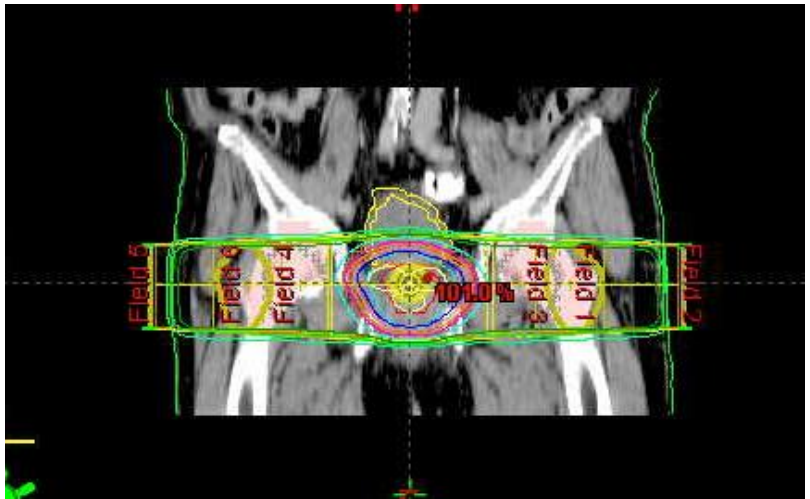


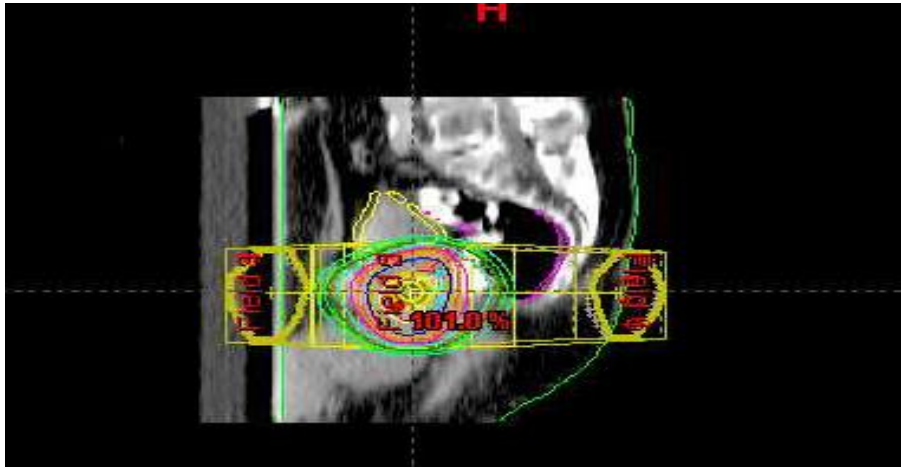


Radiothérapie 3D

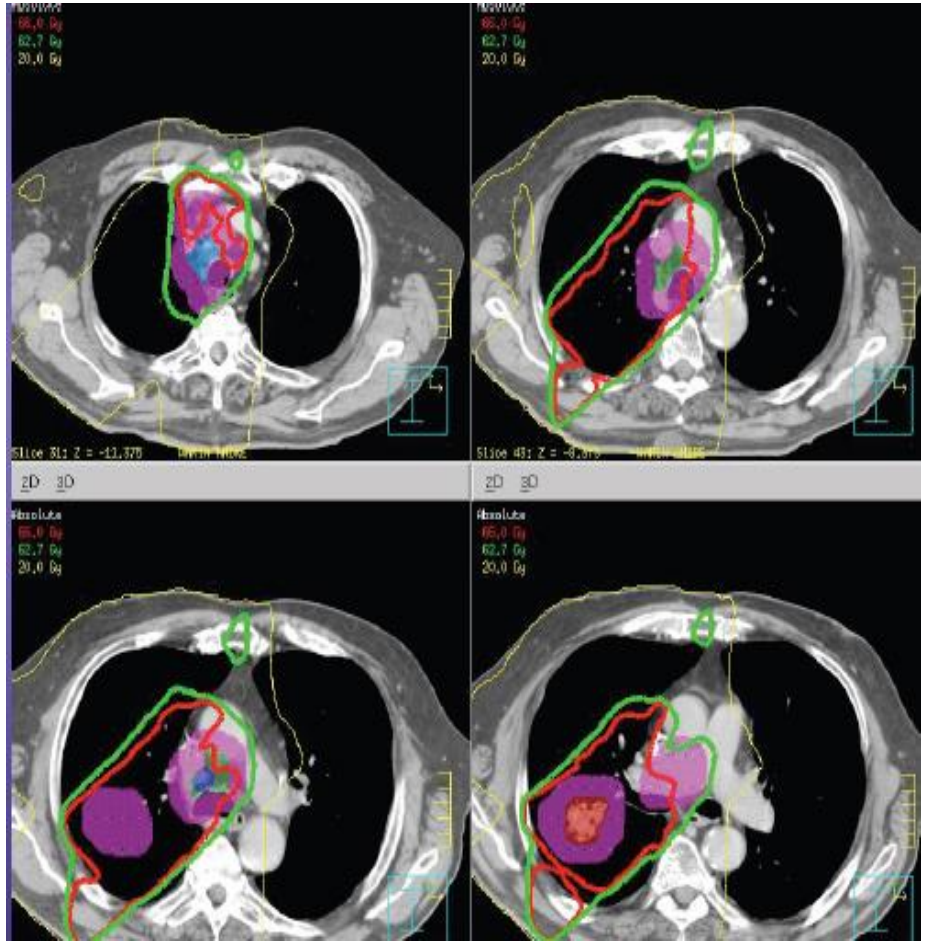


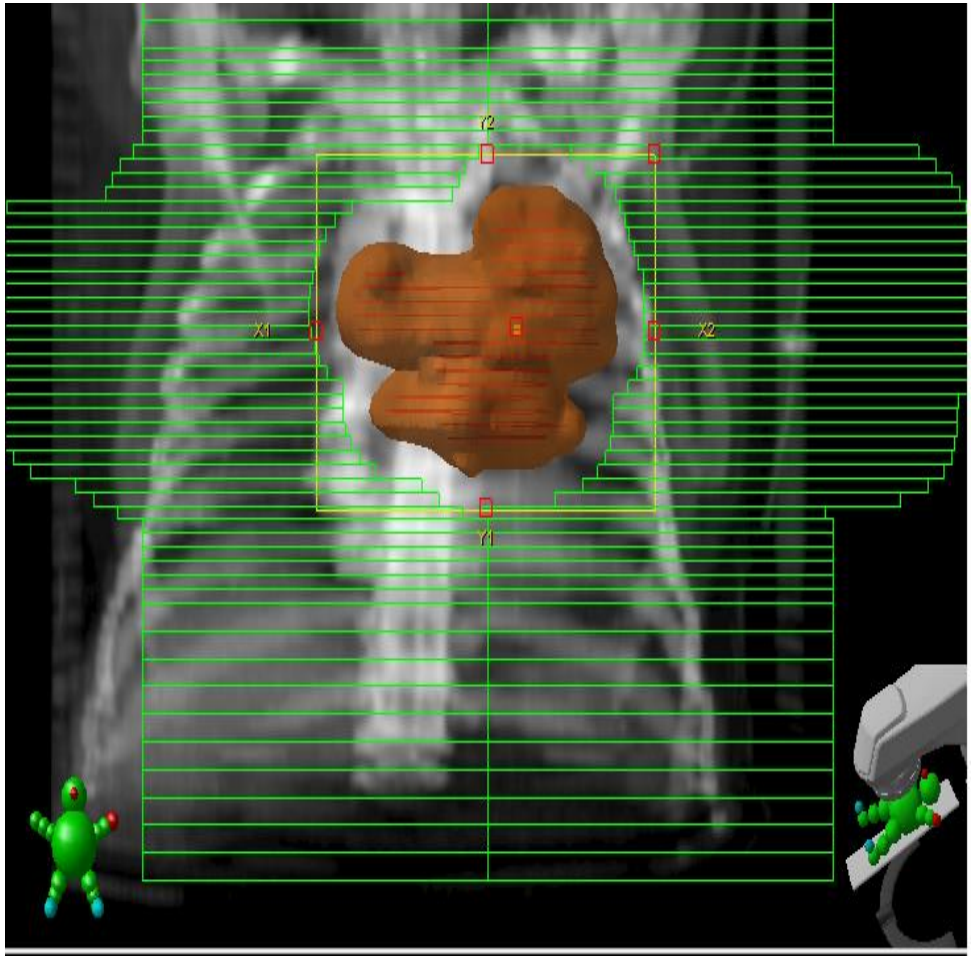






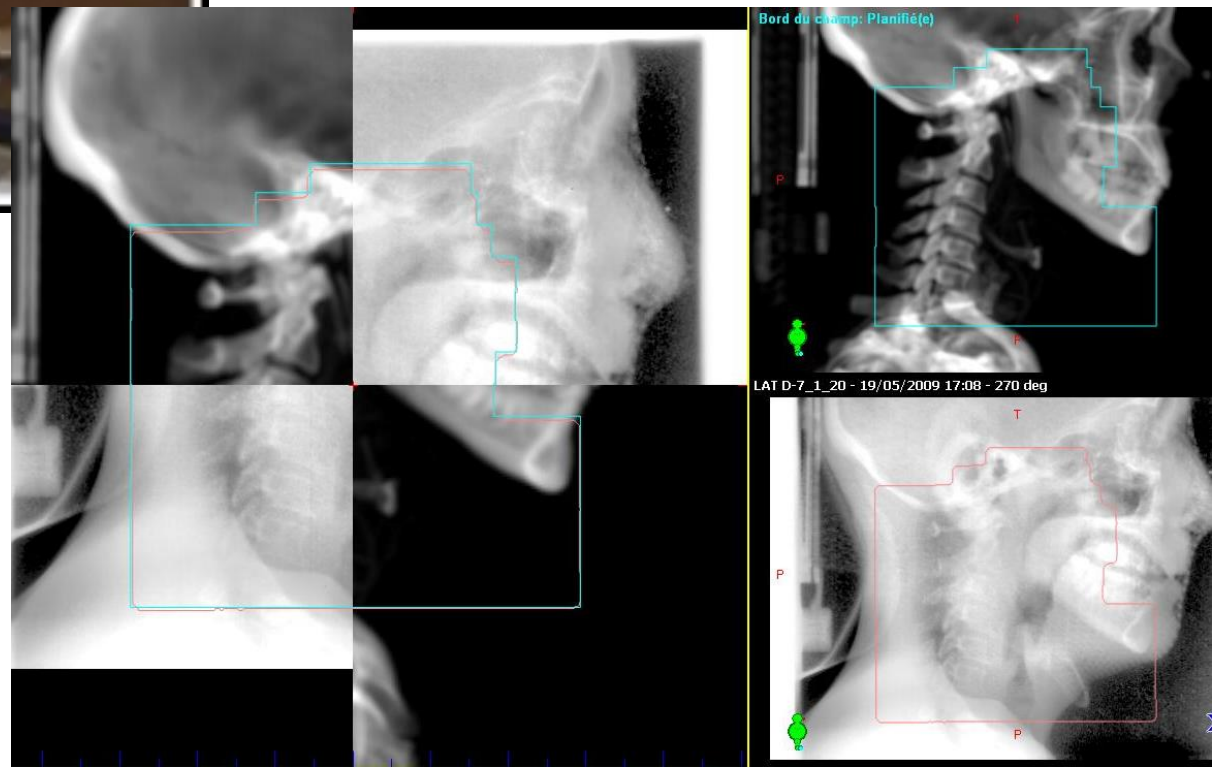
Dosimétrie : choix des faisceaux et temps de traitement



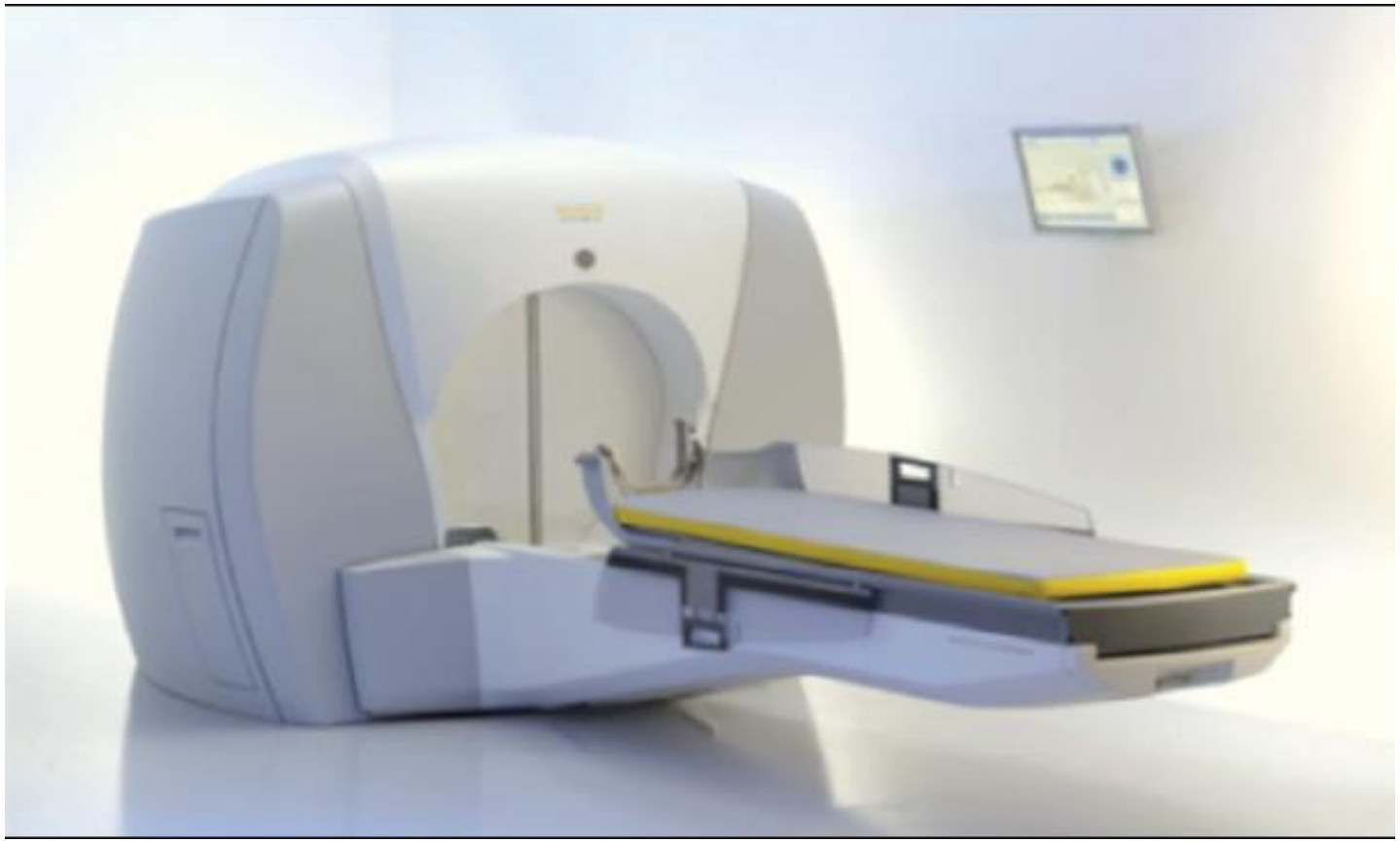


Mise en place et contrôle des faisceaux d'irradiation sous l'accélérateur linéaire

Fusion de l'image de reconstruction du scanner avec l'image portale prise sous l'accélérateur
linéaire

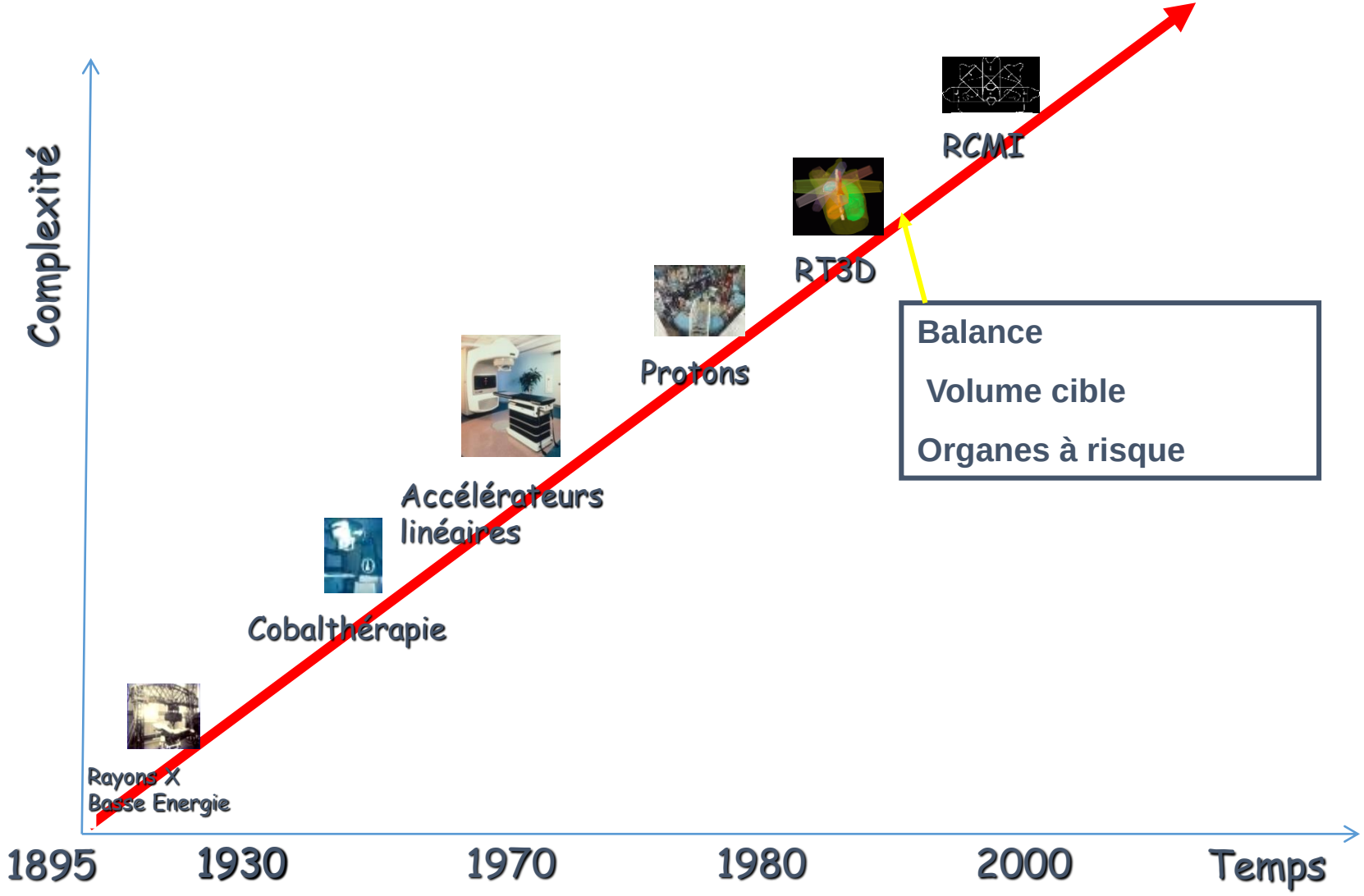


Appareil de radiochirurgie Gamma Knife PerfeXion
Elekta Suède
2008



L'hôpital universitaire des spécialités de Rabat

Radiothérapie par modulation d'intensité



Radiothérapie par modulation d'intensité

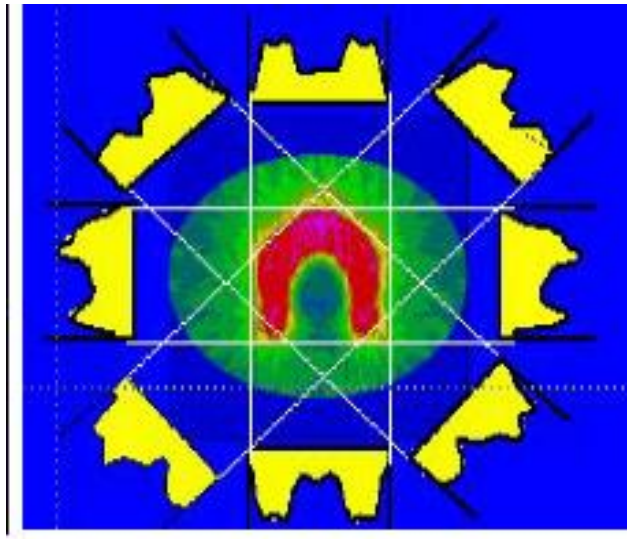
Planification inverse

- Réalisée par plusieurs appareils de traitement

  * Accélérateurs linéaires avec lames mobiles

  * Arc thérapie

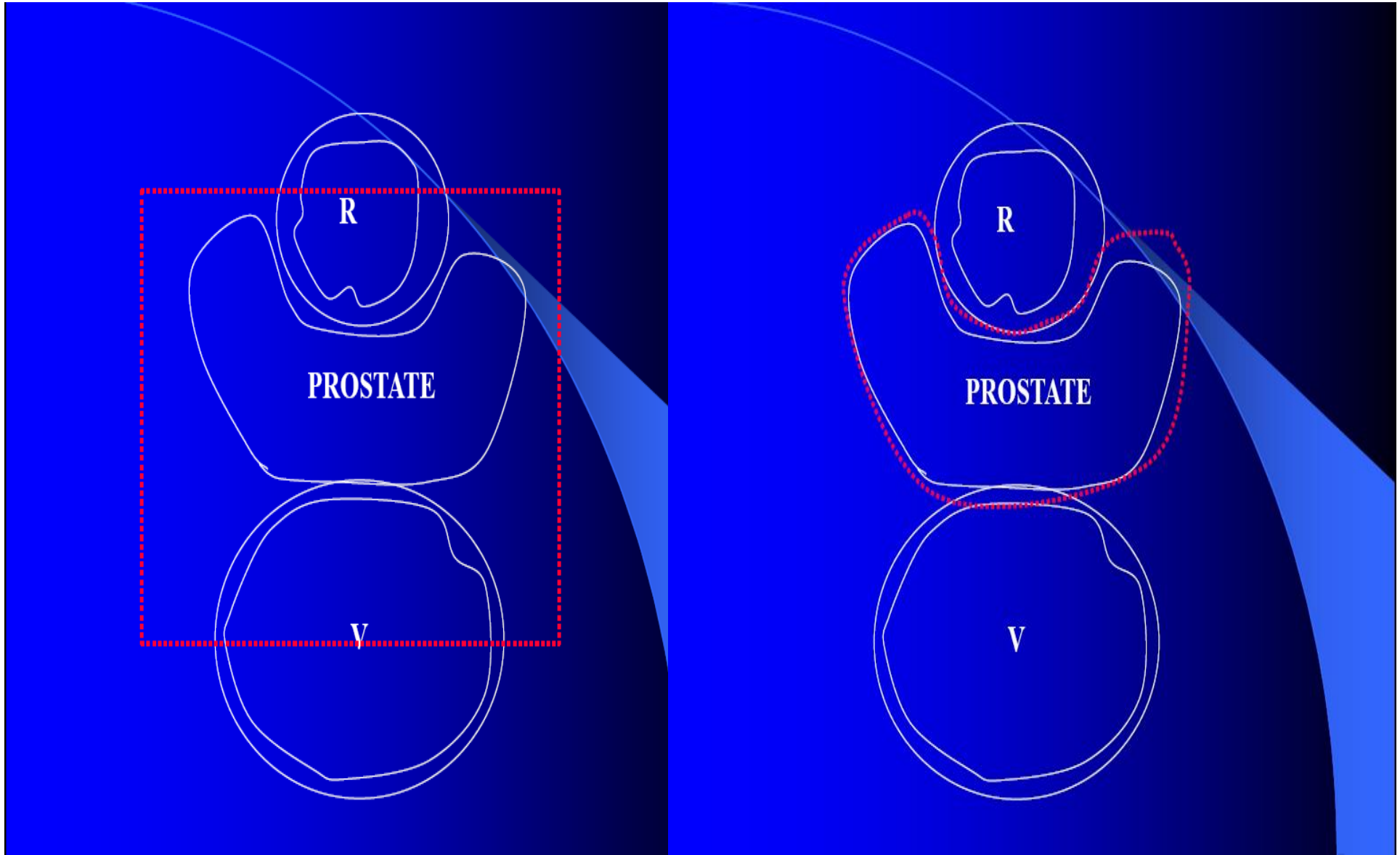
  * Tomothérapie



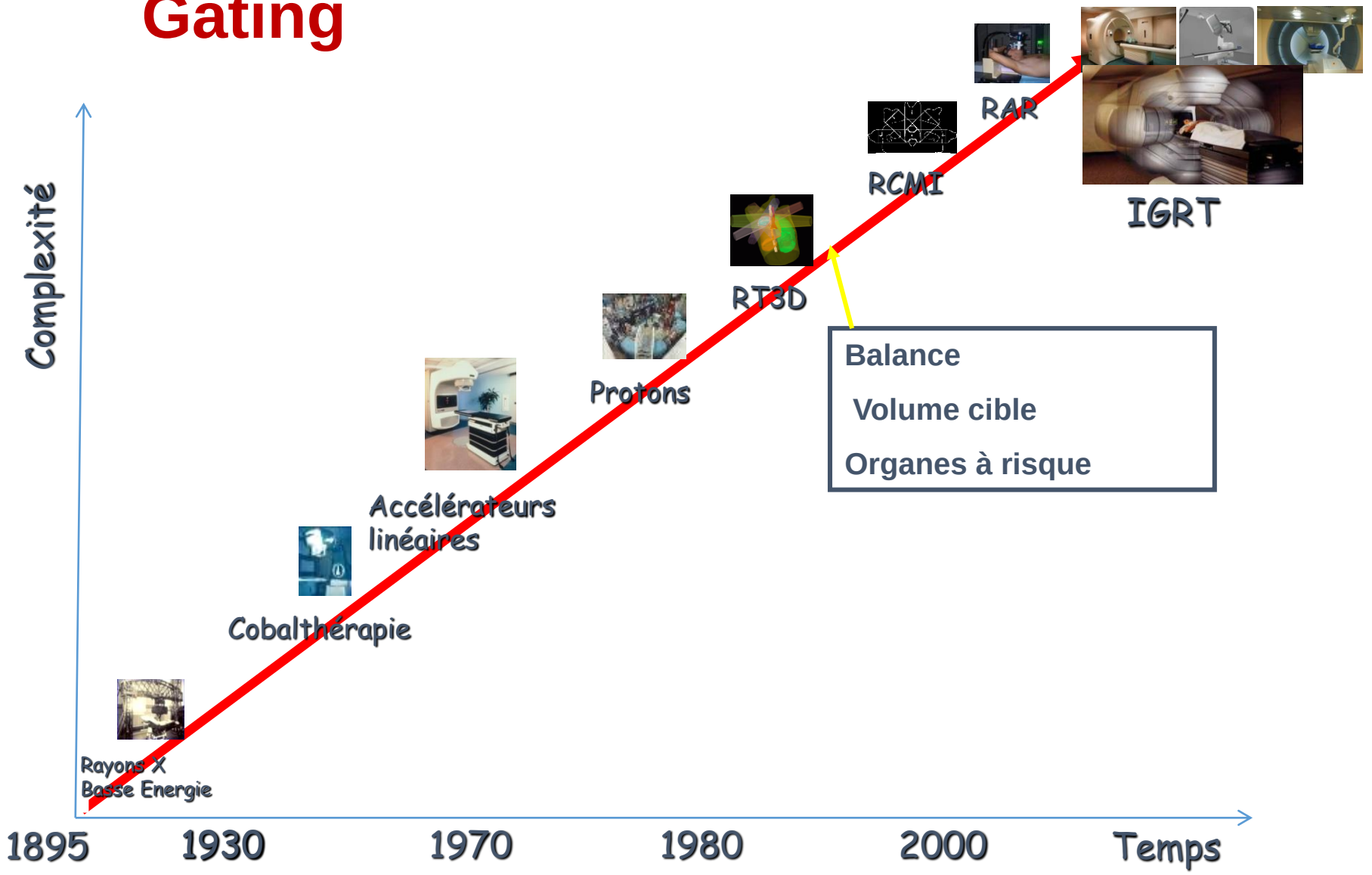
IMRT

RTH 2.D

IMRT



Radiothérapie des cibles mobiles
Gating



Perspectives

Radiothérapie des cibles mobiles

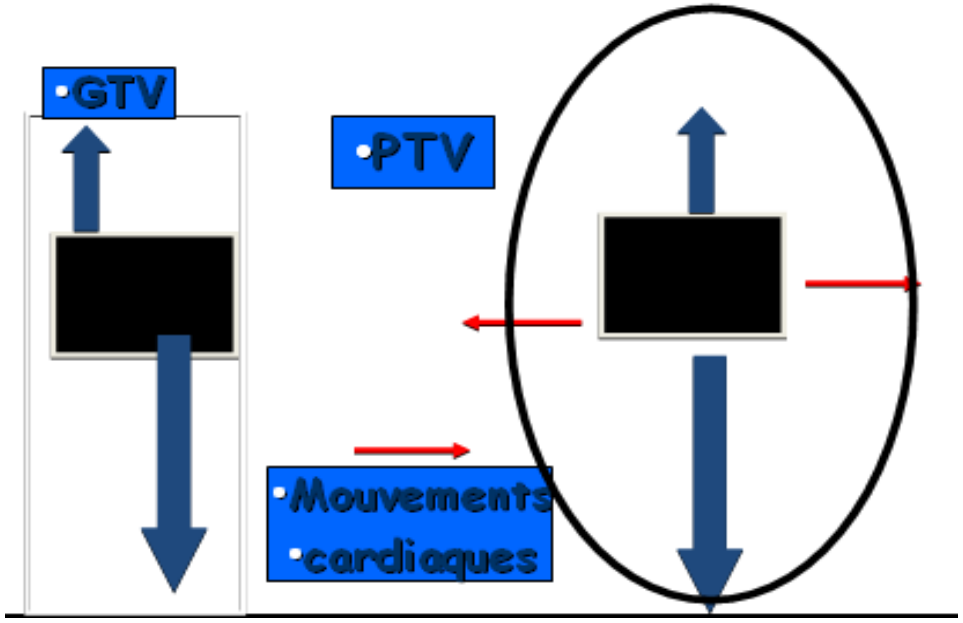
*Radiothérapie asservie à la respiration: Gating

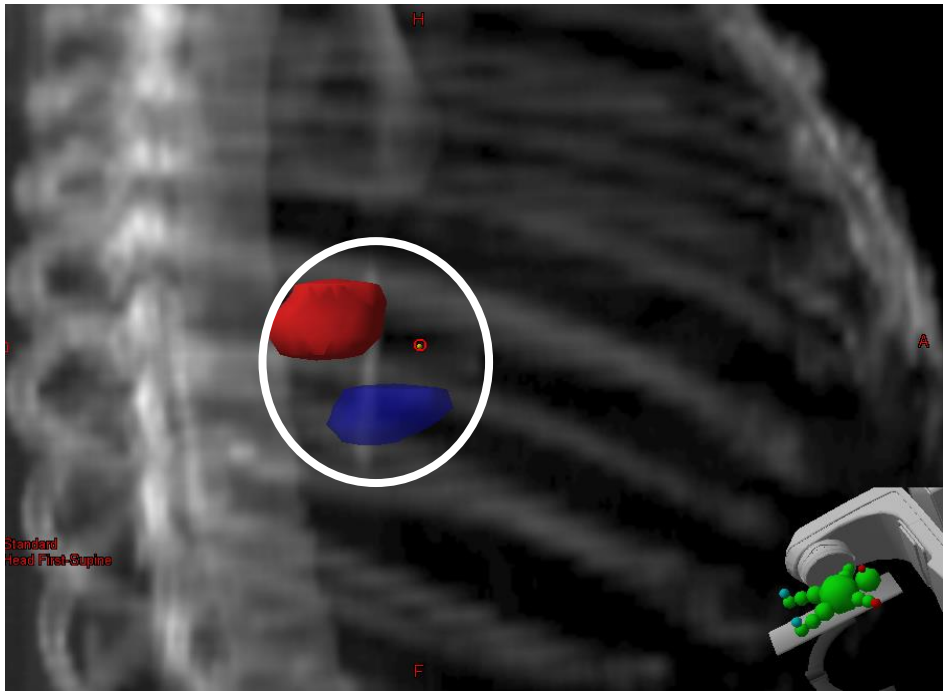
*Cyberknife

Hadronthérapie

Que signifie « Gating » en Oncologie-Radiothérapie ?

La tumeur bouge selon la respiration, obligeant à inclure dans le volume à irradier tout le territoire de déplacement



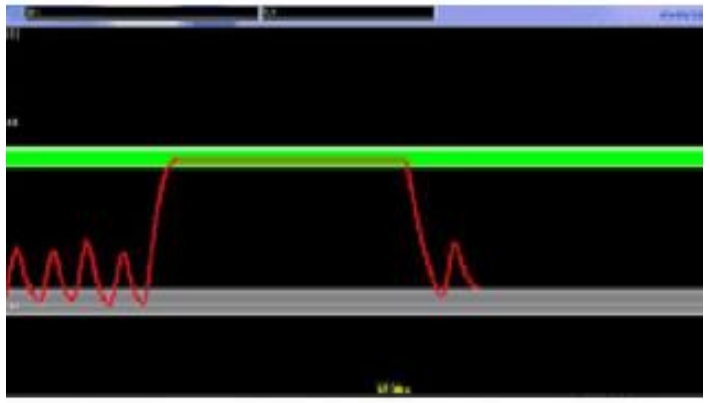


Radiothérapie des cibles mobiles

- Technique de IMRT ne sont pas optimales pour des localisations mobiles (exp: poumon)
- Radiothérapie asservie à la respiration :

  * Respiration est bloquée (avec l'aide d'un spiromètre) généralement en inspiration

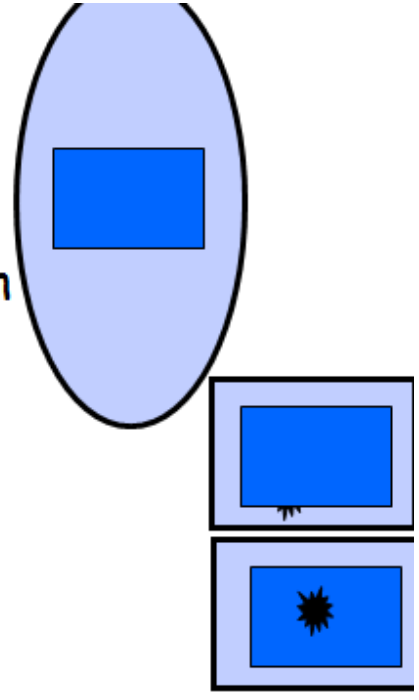
  * Respiration est libre et la radiothérapie est discontinue



Radiothérapie des cibles mobiles

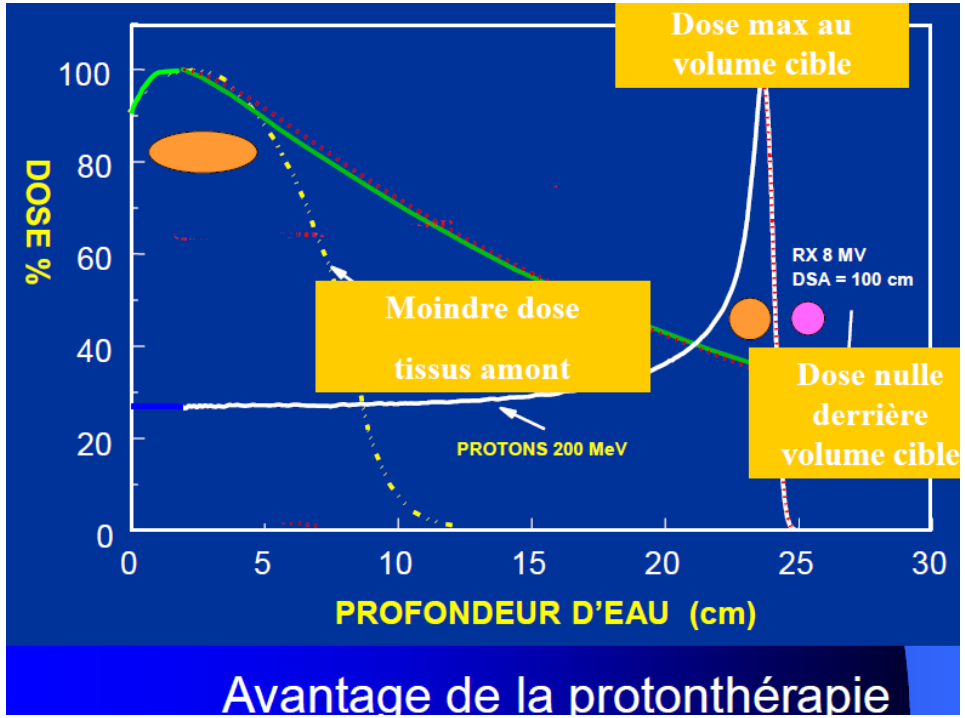
- Cyberknife: le traitement est continu et se fait en respiration libre, guidé par les marqueurs externes et/ou internes et une imagerie embarquée

- 2D : Large irradiation volume
- 3D:+ Deep blocked inspiration (= gating)
- Next : 3D + markers = free respiration (=Traking)



Hadron thérapie : ions Carbonne

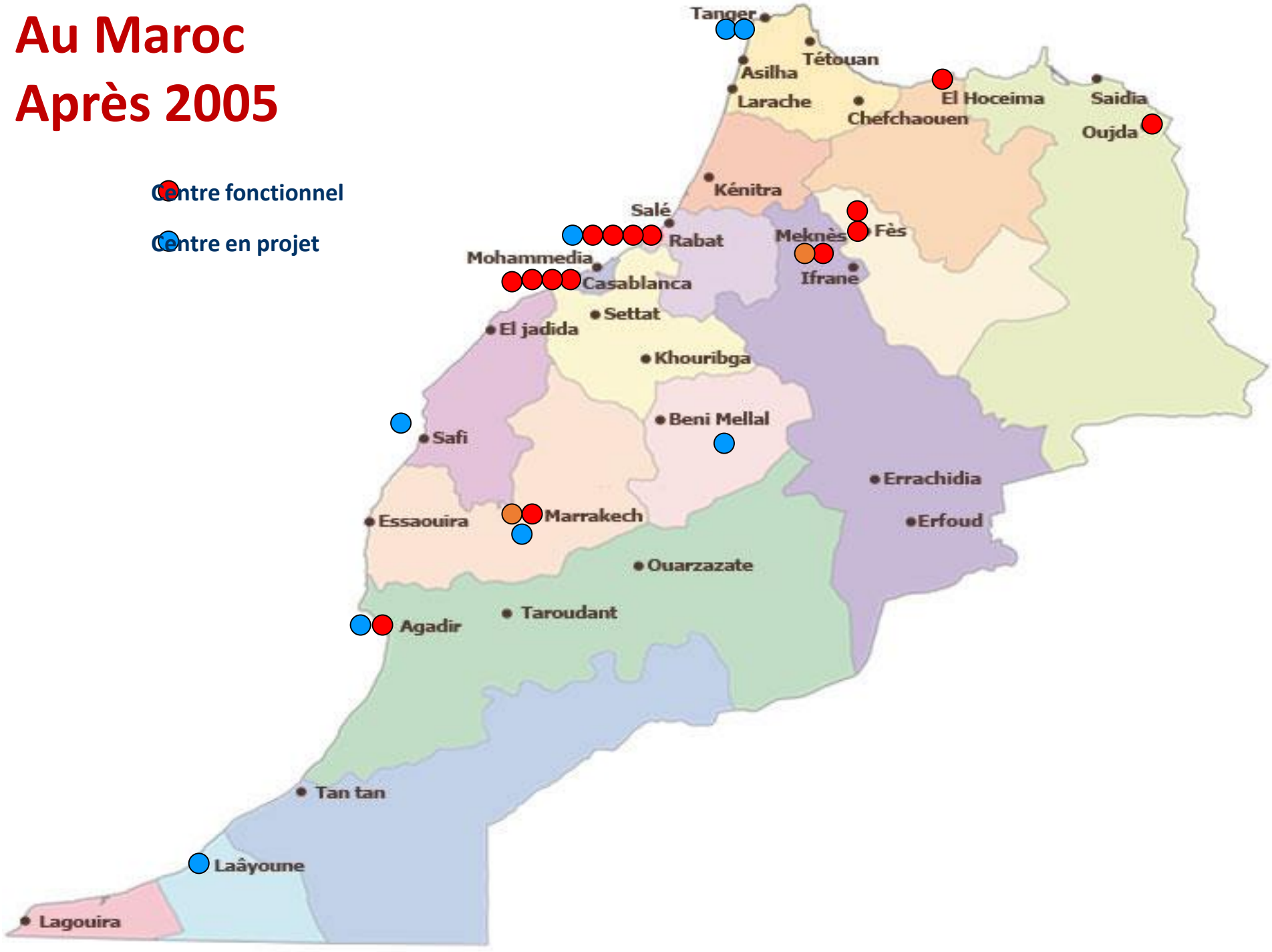
Lorsqu'un faisceau de protons traverse un volume cible, la dose est homogène à l'intérieur mais s'annule en quelques millimètres juste derrière (pic de Bragg). De même, la pénombre latérale est particulièrement étroite.



Au Maroc
Après 2005

Centre fonctionnel

Centre en projet



Au Maroc
Entre les années 90 - 2005

en oncologie: Rôle de l'infirmier

Dr Boutayeb Saber

Mr Bouhajjari Nacer

Pr Errihani Hassan

Département de l'oncologie médicale

Institut National d'Oncologie

7éme Journée Scientifique de l'AMIC
25 Mai 2013

Rabat, le 25/05/2013

Congrès annuel de l'AMIC

HOPITAL
A.LE DANTEC
HCA

Aéroport

Le processus multi-étapes

Prescription	RCP, informatisation, référentiels….?
Pharmacie	Stockage? Centralisation?.....
Administration	Identification du patient? Vitesse ? médication?.....
Surveillance	Vigilance? Déclaration des EI?.....

Les erreurs dans le processus

- ❑ Les erreurs de prescription
- ❑ Les erreurs de transcription
- ❑ Les erreurs de préparation
- ❑ Les erreurs d’administration
- ❑Les erreurs de manipulation
- ❑ Les erreurs de surveillance
- ❑ Les erreurs de coordination

La consultation infirmière

- Idéal = texte de loi ou circulaire
- Minimum: Manuel des procédures
- Prérogatives:
  - Mise en route (C1)
  - Les patients fragiles
  - Les patients hors norme
  - Indication et suivi des chambres implantables
  - Conseil nutritionnel, prescriptions protocolisées, Observance

CHEK-IN avant l'administration

1) **Interrogatoire:**

- ❑Diagnostic des « écarts » : prise de plantes,….
- ❑Evaluation de l'adéquation en douleur et la prescription médicale

CHEK-IN avant l'administration

2) Examen:

- ❑Etat général
- ❑Fièvre
- ❑Constante hémodynamique
- ❑Téguments (ictère, anémie..)

CHEK-IN avant l'administration

3) Vérification de la prémédication:

- Variation inter –protocoles
- Variation intra-protocoles en fonction des EI
- Variation inter-personnel: femme enceinte, IR, IH……

Exécution du protocole

1) **La manipulation de la voie ou chambre implantable**
2) **La dilution**
3) **La durée:**

« Paclitaxel –Carboplatine »

175 mg/m2 3W ➔ 3h

80 mg/m2 Weekly ➔ 1 h

Les solutions

Investir dans le facteur humain

- Infirmier en chimiothérapie
- Système LMD (?)
- Système des référents (douleur, chambre implantable…)
- Les staffs médecins-infirmiers

Utilisation des Recommandations de bonne pratique pour la préparation

Utilisation des Recommandations de bonne pratique pour l'administration

Vérification systématique de l'identité patient

Checking systématique en cas de changement de protocoles

Gestion protocolisée des urgences classiques

Examen systématique à la recherche des extravasations

NSCA SNAC National Strategy For Chemotherapy Administration
Stratégie Nationale pour l'Administration de la Chimiothérapie

NORMES ET COMPÉTENCES POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE LIÉE À LA CHIMIOTHÉRAPIE

Déclaration systématique des accidents et EI

Reporting sur dossier infirmier

La mise à niveau technique

- Chambre implantable
- Débitmètre
- Formation continue concernant les dispositifs médicaux et les médicaments

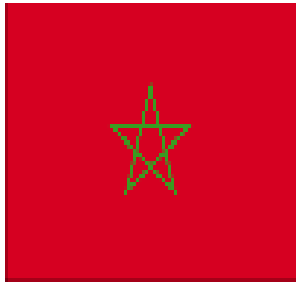
L’informatisation

- Traçabilité du soignant et du soigné
- Evite les erreurs lié à l’écriture et la lecture
- Thésaurus et référentiels en « temps réel »

L’audit des mauvaises pratiques

- Préparation centralisée vs préparation au lit du patient
- Défaut de débit….

Expérience de l’HDJ-Institut National d’Oncologie



SOMINO

Investir dans le facteur humain ?

- Stage à l'institut Curie pour l'ensemble de l'équipe infirmière (Nov 2012 – Avril 2013)
- Programme de formation continue
- Cahiers transmission commun infirmiers-médecin d'astreinte
- Staff mensuel (en attendant mieux+++)

Royaume du Maroc — المملكة المغربية
Ministère de la Santé — وزارة الصحة

المركز الإستشفائي إبن سينا
Centre Hospitalier Ibn Sina

المعهد الوطني للأنكولوجيا
سيدي محمد بن عبد الله
Institut National d'Oncologie
Sidi Mohamed Ben Abdellah

Etablissement : *Institut National d'Oncologie* Date : 28/02/2011

Service : *HOPITAL DE JOUR*

Ordonnance Médicale N° X37766/11

Nombre de cycles prévus 0 Stratégie d'administration : J1=J21

Nom et prénom patient : BOUJDI MERIEM N° Dossier Unique 1781/07

Catégorie : Indigent

Poids : 58 (kg) Taille : 158 (cm) Surface corporelle : 1.58 (m2) Age : 46

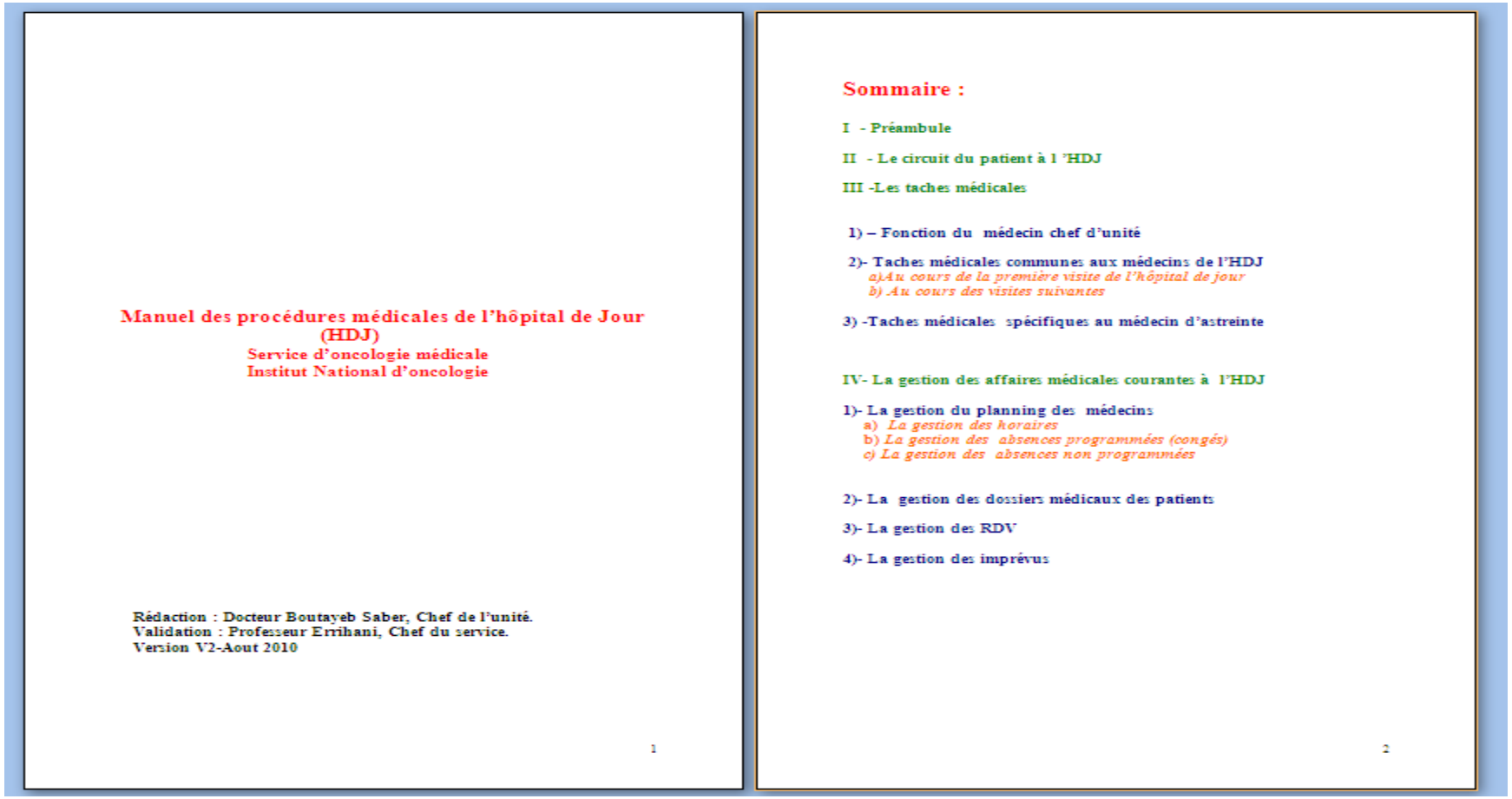
Protocole : 5FU CDDP Séance : J1 J2 J3 J4 J5 Cure N° 0

Désignation de l'article (Dosage en mg)	J	Dose/Mg	J	Dose/Mg	J	Dose/Mg	J	Dose/Mg	J	Dose/Mg
5-FU 250MG EBEWE	J1	500,0	J2	500,0	J3	500,0	J4	500,0	J5	500,0
CEPLATIN	J1	118,8	J2		J3		J4		J5	
SOLUMEDROL 120MG	J1	120,0	J2	120,0	J3	120,0	J4	120,0	J5	120,0
ONDANSÉTRON 8 MG AMO	J1	8,0	J2	8,0	J3	8,0	J4	8,0	J5	8,0

Signature et Cachet du médecin

ALAMI MOUNA

Utilisation des Recommandations de bonne pratique pour la prescription



Manuel des procédures médicales de l'hôpital de Jour (HDJ)

Service d'oncologie médicale

Institut National d'oncologie

Rédaction : Docteur Boutayeb Saber, Chef de l'unité.
Validation : Professeur Errihani, Chef du service.
Version V2-Aout 2010

1

Sommaire :

I - Préambule

II - Le circuit du patient à l 'HDJ

III -Les taches médicales

1) – Fonction du médecin chef d'unité

2)- Taches médicales communes aux médecins de l'HDJ
a)Au cours de la première visite de l'hôpital de jour
b) Au cours des visites suivantes

3) -Taches médicales spécifiques au médecin d'astreinte

IV- La gestion des affaires médicales courantes à l'HDJ

1)- La gestion du planning des médecins
a) *La gestion des horaires*
b) *La gestion des absences programmées (congés)*
c) *La gestion des absences non programmées*

2)- La gestion des dossiers médicaux des patients

3)- La gestion des RDV

4)- La gestion des imprévus

2

Utilisation des Recommandations de bonne pratique pour la prescription

HOPITAL DE JOUR (SERVICE D'ONCOLOGIE MEDICALE)

Procédures médicales de mise en route du protocole de chimiothérapie

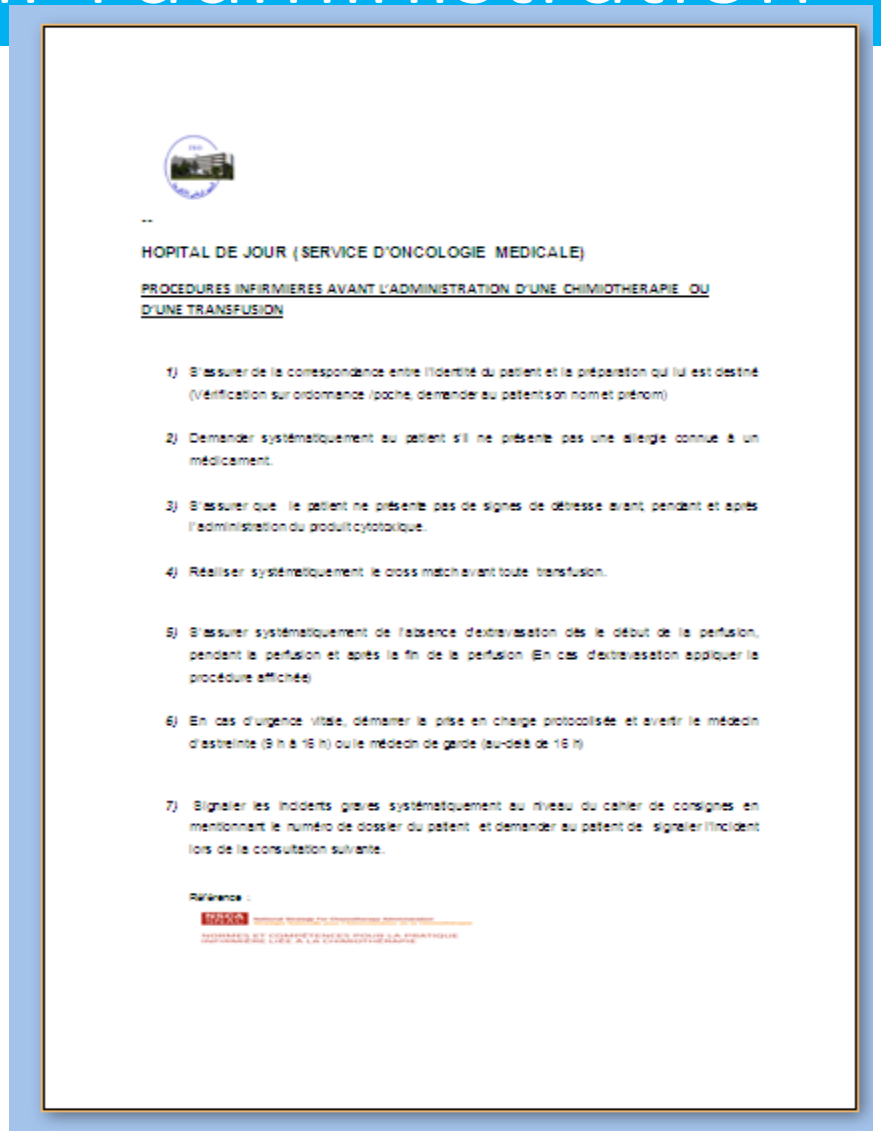
1) Etablir un listing des médicaments pris par le patient en ambulatoire et s'assurer de l'absence d'interactions médicamenteuses (Lien :)
2) S'assurer que le patient ne présente pas d'allergie connue à un médicament prescrit dans le protocole ou la prémédication (Si oui le mentionner à chaque cycle sur le résumé, le reporter systématiquement sur l'ordonnance et demander au patient de le signaler à chaque consultation)
3) Interroger le patient sur une éventuelle prise de plantes médicinales
4) S'assurer que le patient est équilibré sur le plan glycémique (Glycémie veineuse à jeun) et l'orienter sinon vers le centre de traitement de la douleur
5) Expliquer au patient clairement son planning thérapeutique, les SE et lui fournir une ordonnance de sécurité adaptée à son protocole.
6) Demander les examens d'évaluation au moins 2 cycles à l'avance afin d'éviter les problèmes de RDV.
7) Lorsque le profil du patient semble compatible discuter avec lui de pose d'une chambre implantable (consultation de chirurgie)

8) En cas de patient contagieux (HIV, Hep B ou C) :
   a. Le mentionner à chaque cure sur le résumé
   b. Mentionner sur l'ordonnance : « risque contagieux » double gants
   c. Prévenir l'infirmier (ère) à chaque cure
9) Demander au patient de vérifier son poids et sa TA avant de se présenter pour chaque cycle.
10) En cas de chimiothérapie chez une femme en âge de procréer s'assurer de l'existence d'une contraception efficace et signaler si signalée le risque démontrée tératogène.
11) Discuter la cryoconservation de sperme en cas de chimiothérapie chez sujet jeune (Tumeur germinale, maladie hodgkin) et signaler aux hommes qui veut mieux éviter les rapports fécondants durant la chimiothérapie (contraception du couple)

Utilisation des Recommandations de bonne pratique pour la préparation

Transfert de la préparation de l'HDJ à l'unité de préparation centralisé (Pharmacie) en 2013

Utilisation des Recommandations de bonne pratique pour l'administration



--

HOPITAL DE JOUR (SERVICE D'ONCOLOGIE MEDICALE)

PROCEDURES INFIRMIERES AVANT L'ADMINISTRATION D'UNE CHIMIOTHERAPIE OU D'UNE TRANSFUSION

1) S'assurer de la correspondance entre l'identité du patient et la préparation qui lui est destiné (Vérification sur ordonnance /poche, demander au patient son nom et prénom)

2) Demander systématiquement au patient s'il ne présente pas une allergie connue à un médicament.

3) S'assurer que le patient ne présente pas de signes de détresse avant, pendant et après l'administration du produit cytotoxique.

4) Réaliser systématiquement le cross match avant toute transfusion.

5) S'assurer systématiquement de l'absence d'extravasation dès le début de la perfusion, pendant la perfusion et après la fin de la perfusion (En cas d'extravasation appliquer la procédure affichée)

6) En cas d'urgence vitale, démarrer la prise en charge protocolisée et avertir le médecin d'astreinte (8 h à 16 h) ou le médecin de garde (au-delà de 16 h)

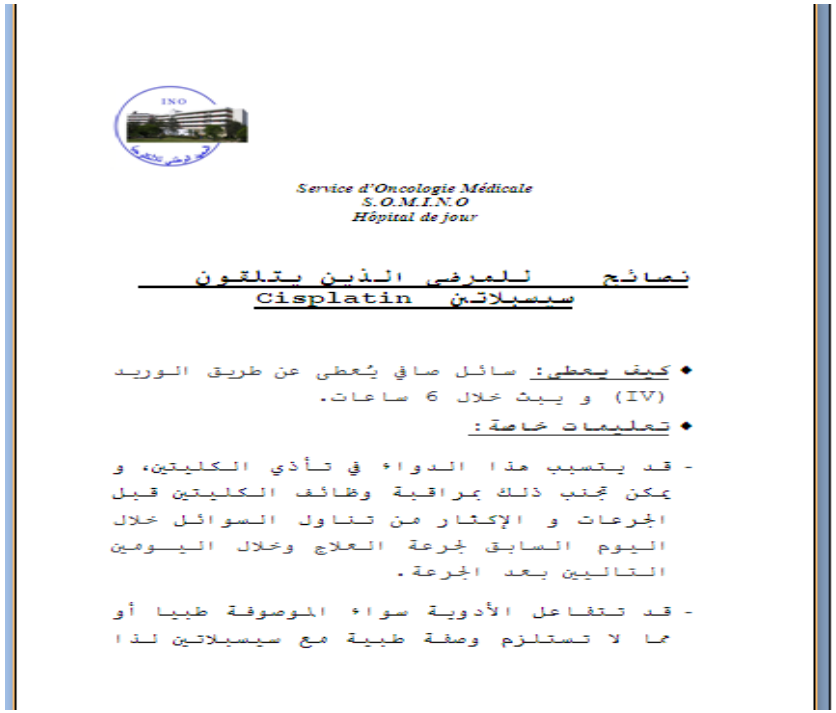
7) Signaler les incidents graves systématiquement au niveau du cahier de consignes en mentionnant le numéro de dossier du patient et demander au patient de signaler l'incident lors de la consultation suivante.

Référence :

Utilisation des Recommandations de bonne pratique pour l'administration

Chimiothérapie hautement émétisante	**Chimiothérapie modérément émétisante**	**Chimiothérapie faiblement émétisante**	**Chimiothérapie très peu émétisante**
-CDDP > 50mg/m2 en mono ou dans un polychimiothérapie - Dacarbazine -Cyclophosphamide haute dose - Protocoles à base d'anthracyclines: AC60, FAC, FEC100	-Carboplatine -CDDP < 50mg/m2 -Anthracyclines en monothérapie -Irinotecan -Oxaliplatine	-Docétaxel et paclitaxel -FU - Etoposide -Gemcitabine -Pemetrexed - Topotecan	-Vinorelbine, vinblastine, vincristine, vindésine -Les anticorps monoclonaux
J1: 30mn avant la chimiothérapie Ondasetron 8mg IV Methylprednisolone 80 à 120mg +/- protecteur gastrique Puis ordonnance de sortie: Prednisolone 40 à 60mg/jour de J2 à J5 +/- Protecteur gastrique	J1: 30mn avant la chimiothérapie Ondasetron 8mg IV Methylprednisolone 80 à 120mg +/- protecteur gastrique	J1 avant la chimiothérapie Methylprednisolone 120 mg ou Metoclopramide 1 amp IV +/- protecteur gastrique	Aucune prophylaxie n'est recommandée
Si vomissement > à G1 lors du cycle: J1 Ondasetron 8mg x 2 (16mg) Methylprednisolone 120mg Puis relai à domicile avec Prednisone 60mg/J Metoclopramide 1 cp x 3/jour	Si vomissement > à G1 lors du cycle: J1 Ondasetron 8mg x 2 (16mg) Methylprednisolone 120mg Puis relai à domicile avec Prednisone 60mg/J Metoclopramide 1 cp x 3/jour	Si vomissement > à G1 lors du cycle: Ondasetron 8mg IV Methylprednisolone 80 à 120mg	Rechercher une autre cause Ou Vomissements anticipatoires

La consultation infirmière et l'éducation des patients



Service d'Oncologie Médicale
S.O.M.I.N.O
Hôpital de jour

نصائح للمرضى الذين يتلقون سيسبلاتين Cisplatin

- **كيف يعطى:** سائل صافي يُعطى عن طريق الوريد (IV) و يبث خلال 6 ساعات.
- **تعليمات خاصة:**

- قد يتسبب هذا الدواء في تأذي الكليتين، و يمكن تجنب ذلك بمراقبة وظائف الكليتين قبل الجرعات و الإكثار من تناول السوائل خلال اليوم السابق لجرعة العلاج وخلال اليومين التاليين بعد الجرعة.
- قد تتفاعل الأدوية سواء الموصوفة طبيا أو مما لا تستلزم وصفة طبية مع سيسبلاتين لذا ينبغي استشارة الطبيب حول إمكانية حدوث تفاعل أو تعارض قبل تناول أي دواء جديد.
- يتم تناول الأدوية المانعة للقيء قبل تلقي هذا الدواء، و ينبغي إتباع تعليمات الطبيب المعالج بدقة عند تناول جرعات هذه الأدوية بالبيت، كما ينبغي إعلامه إن كان الدواء المانع للقيء غير فعال ليتم استبداله بنوع آخر.
- أخبر الطبيب إذا لاحظت أي تغير في السمع .سيتم عمل فحص للسمع.
- إذا كان هناك أي أسئلة اتصل بالطبيب

Projet d’équipements

1. Renforcement Equipements informatiques (tablette)
2. Débimetres

Conclusion

- R-D
- Formation continue
- Ingénierie

PROGRAMME DE FORMATION THÉORIQUE ET PRATIQUE À L'INTENTION DES RTT

(RADIOTHÉRAPEUTES/TECHNICIENS EN RADIOTHÉRAPIE)
AIEA, VIENNE

M . ABOULKACEM
Technicien de radiologie
surveillant du pole de la radiothérapie
INO-Sidi Mohammed Ben Abdellah
Conseiller du bureau de l'AMIC

7éme Journée Scientifique de l'AMIC
25 Mai 2013

A.M.I.C

AGENCE INTERNATIONALE DE L'ÉNERGIE ATOMIQUE

Programme de formation théorique et pratique à l'intention des RTT

(radiothérapeutes/ techniciens en radiothérapie)

VIENNE 2007

COLLECTION COURS DE FORMATION N° 25

Le nombre de malades atteints de cancer s’accroît rapidement dans les pays en développement. La radiothérapie tient aujourd’hui une place essentielle dans le traitement du cancer mais, dans les pays en développement, la majorité des malades n’y ont malheureusement pas accès.

L'agence internationale de l’énergie atomique aide les États Membres à mettre en place, gérer et améliorer des installations de radio-oncologie. Outre la formation de médecins et de physiciens médicaux à la radio-oncologie, cette assistance comporte aussi la formation de professionnels (appelés, selon les pays, radiothérapeutes, techniciens en radiothérapie, manipulateurs, technologues de radiothérapie, etc.) chargés de faire fonctionner les appareils de radiothérapie pour le traitement des malades. La pénurie de professionnels qualifiés dans ce domaine constitue un sérieux obstacle à l’accès des malades atteints de cancer à la radiothérapie

Dans le souci d’améliorer la communication, le groupe d’étude AFRA-RCA (AFRA : Accord régional de coopération pour l’Afrique sur la recherche, le développement et la formation

dans le domaine de la science et de la technologie nucléaires, RCA : Accord régional de coopération pour la recherche, le développement et la formation dans le domaine de la science

et de la technologie nucléaires (Asie et Pacifique)) a recommandé d’utiliser l’abréviation ‘RTT’ pour désigner ces professionnels à la place des divers termes employés dans les différents pays étrangers, à grands frais et au risque d’un ‘exode des cerveaux.

On commence à peine à former des RTT dans de nombreux pays d'Afrique et d'Asie, alors que des programmes nationaux/sous-régionaux de formation à l'intention des RTT seront indispensables pour répondre aux besoins actuels et futurs en RTT qualifiés. Les coordonnateurs de projets AFRA et RCA ont décidé de relever le défi en établissant un programme harmonisé de formation théorique et pratique minimum à l'intention des RTT. Internationaux a été constitué et a rédigé le présent rapport en 2002 à L'ile Maurice. Le programme a ensuite été testé sur le terrain lors d'un atelier AFRA de 'formation de formateurs' organisé au Maroc en 2003, puis approuvé par les coordonnateurs de projets AFRA et RCA.

Le présent guide de formation, qui s'adresse à tous les professionnels et administrateurs concernés par la formation des RTT, a pour objet d'instituer un cadre commun cohérent.

Il comprend également des modèles de formulaires d'évaluation qui pourront être adaptés aux besoins locaux.

This is to certify that

MUSTAPHA ABDULKADIR

participated in and completed the

REGIONAL (AFRA) TRAINING COURSE ON THE EDUCATION AND TRAINING ON RADIATION THERAPISTS (THERAPY-RADIOGRAPHERS) (C7-RAF-6.024-006)

held in
Fes, Morocco
26-30 May 2003

The training course was organized by the International Atomic Energy Agency in cooperation with the Government of Morocco through the "Institut National d'Oncologie", Rabat.

The programme of the training course included:

— The new AIEA-RCA syllabus for RTTs
— Terminology, Curriculum and Learning Environment
— Teaching and assessment of theoretical aspects
— Teaching and assessment of clinical aspects
— Mentoring
— Continuing professional development
— Case studies and Journal discussions

Mahdaï Haberaadi
Regional Projects Co-ordinator
Division for Africa, and East Asia
and the Pacific
IAEA

Prof. Ibrahim El Gueddari
Medecin-Directeur
Institut National d'Oncologie
Rabat

Rôles du RTT

Préparation du traitement

• Connaissance des modalités de diagnostic en oncologie
• Planification/dosimétrie Localisation/simulation
 Planification manuelle et informatique
Champ unique (peau, métastases)
Champs parallèles opposés (visée palliative et curative)
• Pratique en salle de moulage
• Calcul des traitements
• Contrôle de la qualité et assurance de la qualité

Matériel de traitement

Connaissance des caractéristiques du matériel et choix du matériel approprié pour les tumeurs malignes courantes.
• Radiothérapie superficielle
• Rayons X de faible énergie Cobalt 60 Accélérateur linéaire
• Curiethérapie (BDD et HDD)

Mise en place et administration du traitement

• Champ unique (peau, métastases)
• Champs parallèles opposés (visée palliative et curative)
• Champs planifiés multiples Plan simple à 2 champs

Champs en boîte (cancer du col)
3 champs avec filtre en coin (vessie)
Traitement planifié complexe 3D
Modalité mixte (tête et cou, sein)

• Détection d'affichages anormaux du matériel susceptibles de dénoter un mauvais fonctionnement.
• Intervention en cas d'accident ou de situation d'urgence.

Soins au malade

- **Avant**

Connaissance de la gestion des malades avant les séances de radiooncologie

- **Pendant**

Préparation du traitement
Surveillance du malade pendant le traitement
Détection et signalement au médecin de toute réaction inhabituelle du malade

- **Après**

Connaissance de la gestion des malades après l'achèvement du traitement (suivi)

En résumé Le RTT devra posséder les qualifications suivantes :

- Aptitude et compétences voulues pour travailler en équipe
- Aptitude technologique
- Connaissances théoriques
- Compétences, connaissances et aptitude techniques
- Connaissance de la radioprotection
- Professionnalisme
- Aptitude à communiquer
- Compétences informatiques
- Aptitude à résoudre les problèmes
- Développement professionnel continu (DPC)

Pour les personnes déjà formées qui travaillent comme radiodiagnosticiens, une période de formation plus courte pourra convenir comme on le verra plus loin en détail (section 2.2),
mais cette période ne devra pas être inférieure à 15 mois, dont neuf au moins dans un environnement clinique.

Les personnes appelées à travailler uniquement dans la salle de moulage à la fabrication des dispositifs d'immobilisation et de protection qui n'assumeront aucune responsabilité dans le traitement des malades pourront avoir besoin d'un niveau de formation théorique et pratique bien moindre suivant les circonstances et la réglementation locales.

effectif

des propositions relatives à des centres de formation et à la promotion du DPC. Les unités de radiothérapie à faisceau externe d'Afrique et d'Asie se trouvent souvent dans un environnement où il est avantageux d'utiliser le matériel pendant de longues heures,
probablement en travaillant par équipes. La durée journalière de travail recommandée est de 6 à 8 heures par thérapeute.

Chaque unité de radiothérapie à très haute énergie devrait disposer à tout moment d'au moins deux thérapeutes, ce dont il faudrait tenir compte dans la dotation en personnel. La dotation minimum recommandée en RTT est la suivante : deux RTT par équipe et par unité, un thérapeute en chef par unité, plus un thérapeute supplémentaire afin d'assurer la continuité du service en cas de maladie, congé, etc. Il y aurait ainsi un chef plus sept RTT pour une unité travaillant en trois équipes par jour. Des considérations analogues s'appliquent à la dotation en personnel d'un simulateur, c'est-à-dire qu'il devra disposer de deux thérapeutes par équipe. Pour la salle de moulage, on recommande au moins une personne par équipe.

PROGRAMME

Ce programme indique les sujets essentiels sur lesquels doit porter la formation théorique desRTT sans formation préalable de technicien en radiologie.

Les trois niveaux d'équipement tiennent compte de la réalité qui prévaut dans de nombreux pays en développement où beaucoup de RTT travaillent dans des départements qui ne disposent que d'une gamme d'équipements limitée. Pour le niveau d'équipement 1, les sujets correspondent au contenu nécessaire pour un diplômé qui travaillera dans un département où la principale modalité fera appel au cobalt 60 et/ou à un linac monoénergie. Les membres du groupe d'étude ont estimé que même à ce niveau d'équipement fondamental, tous les RTT devraient être formés aux techniques employées en salle de moulage et pour la simulation,La curiethérapie et la planification de traitements simples.

Le niveau 2 est conçu pour les départements possédant des accélérateurs linéaires multiénergies et des capacités de planification des traitements plus complexe, et le niveau 3 pour les départements qui planifient les traitements en recourant à l'imagerie aux fins de la radiothérapie modulée en intensité (IMRT) et d'autres procédures spéciales. Des précisions sur les descripteurs de niveaux sont données ci-après.

DESCRIPTEURS DE NIVEAUX

NIVEAU 1

Le programme de niveau 1 durera deux ans et se répartira également entre la composante théorique et la composante clinique.

Le contenu théorique visera essentiellement à donner une connaissance élémentaire de ce qui Suit :

- Structure et fonction de l'organisme
- Anatomie transversale, superficielle et radiologique en rapport avec la radiothérapie
- Physique des rayonnements et des équipements
- Radiobiologie fondamentale/oncologie moléculaire
- Rôle professionnel
- Soins de base aux malades
- Oncologie et épidémiologie pour des sites particuliers
- Pratique de la radiothérapie, y compris le diagnostic, la gestion générale, la simulation, la planification, le traitement, les soins aux malades et l'assurance de la qualité.

NIVEAU 2

Le programme de niveau 2 durera plus longtemps suivant les besoins du centre et le degré de responsabilité supplémentaire que le diplômé sera censé assumer.
Le contenu du cours de niveau 2 englobe tout ce qui précède, plus les sujets suivants :

- Accélérateur linéaire (multiénergies)
- Thérapie par radionucléides
- Radiobiologie plus complexe
- Technologie de l’information

NIVEAU 3

Le contenu du cours de niveau 3 englobe tout le contenu du niveau 2, plus les sujets suivants :

- Physique d’un simulateur CT et d’un scanner CT
- Accélérateurs de particules lourdes
- Techniques spéciales.

- Structure et fonction de l’organisme
- Anatomie transversale, superficielle et radiologique en rapport avec la radiothérapie
- Physique des rayonnements et des équipements
- Radiobiologie fondamentale/oncologie moléculaire
- Rôle professionnel
- Soins de base aux malades
- Oncologie et épidémiologie pour des sites particuliers
- Pratique de la radiothérapie, y compris le diagnostic, la gestion générale, la simulation, la planification, le traitement, les soins aux malades et l’assurance de la qualité.

Les détails du contenu du programme sont donnés dans les pages qui suivent.

L’accent est mis sur l’administration du traitement par des techniques simples, les tâches plus complexes étant exécutées par le personnel ayant reçu une formation supplémentaire. La responsabilité assumée par les diplômés du cours de niveau 1 concernerait directement l’administration du traitement.

SUJET	NIVEAU		
	1	2	3
ANATOMIE, PHYSIOLOGIE ET PATHOLOGIE			
Cellule			
Structure	X		
Fonction	X		
Cycle cellulaire	X		
Contrôle du cycle cellulaire	X		
Tissu			
Structure	X		
Types de tissus — caractéristiques et fonction	X		
Organes et systèmes			
Peau	X		
Os et muscle	X		
Nerveux	X		
Endocrinien	X		
Lymphatique	X		
Cardiovasculaire	X		
Respiratoire	X		
Digestif (gastro-intestinal)	X		
Urinaire	X		
Reproducteur	X		
Il faudrait traiter de la structure, de la fonction et des maladies rencontrées couramment dans la région pour chaque système.			
Anatomie superficielle	X		
Anatomie transversale	X		
Anatomie radiographique (y compris les images transversales). Il faudrait enseigner aux étudiants comment identifier les différents organes/structures sur des radiographies standard, des images de scanner et des images obtenues par d'autres modalités disponibles.	X		
PHYSIQUE			
Structure de la matière	X		
Structure atomique	X		
Électrons } Importance en radiothérapie	X		
Neutrons } Importance en radiothérapie	X		
Protons } Importance en radiothérapie	X		

Radioactivité	X		
Interaction des rayonnements avec la matière	X		
Effet photoélectrique } Importance en radiothérapie	X		
Effet Compton } Importance en radiothérapie	X		
Production de paires } Importance en radiothérapie	X		
Nature et production des rayonnements ionisants	X		
Mesures et unités	X		
Caractéristiques des faisceaux			
Photon	X		
Électron	X		
Particule lourde	X		
Mathématiques de base en rapport avec la radiothérapie	X		
Radioprotection			
Personnel	X		
Malades	X		
Visiteurs	X		
Public	X		
MATÉRIEL DE RADIOTHERAPIE			
Simulateur	X		
Scanner CT		X	
Simulateur CT			X
Appareils de traitement			
Radiothérapie superficielle	X		
Rayons X de faible énergie	X		
Cobalt	X		
Accélérateur linéaire (photons seulement)	X		
Accélérateur linéaire (photons et électrons)		X	
Accélérateur linéaire (IMRT et traitements spécialisés)			X
Caractéristiques physiques	X		
Systèmes optiques	X		
Tables	X		
Systèmes laser	X		

RADIOBIOLOGIE/ONCOLOGIE MOLÉCULAIRE			
Effet des rayonnements au niveau cellulaire	X		
Effet des rayonnements sur le tissu humain	X		
Effet des rayonnements sur les organes	X		
Effet des rayonnements sur le fœtus	X		
Effet des rayonnements sur les cellules et les tissus malins	X		
Le fractionnement et son effet	X		
Modificateurs biologiques (y compris les agents chimiothérapeutiques utilisés couramment)	X		
TLE		X	
EBR		X	
Modèles radiobiologiques		X	
ASPECTS PROFESSIONNELS			
Principes de pratique professionnelle	X		
Précautions universelles	X		
Apparence	X		
Hygiène	X		
Histoire et rôle de la radiothérapie dans le domaine du cancer	X		
Terminologie médicale	X		
Technologie de l'information			
Compétences informatiques	X		
Accès à l'Internet	X		
Information sur les ressources	X		
Lecture de revues/d'articles médicaux	X		
Critique d'articles	X		
Référencement	X		
Rédaction scientifique		X	
Recherche		X	
Approche pluridisciplinaire du diagnostic et de la gestion du cancer et façon dont le malade arrive à la radiothérapie	X		
Soins au malade			
Soins généraux au malade	X		
Techniques de levage et de déplacement pour la sûreté du malade et du personnel	X		
Procédures fondamentales de traitement infirmier pour les soins au malade et les situations d'urgence	X		
Premiers soins, y compris la réanimation cardio-pulmonaire	X		
Procédure dans un département de radiothérapie (théorie)	X		
Première visite Examen du traitement Importance du suivi } Y compris la préparation de la salle, le matériel et la documentation nécessaire ainsi que l'assistance pour les procédures ou les examens. Instructions aux malades.			

Soins au malade atteint de cancer			
Respect de la vie privée du malade	X		
Alimentation	X		
Soins de la peau	X		
Précautions universelles	X		
Conseils diététiques	X		
Examens de laboratoire	X		
Soins dans des circonstances particulières	X		
Soins aux malades sondés	X		
Soins aux malades stomisés	X		
Soin des blessures	X		
Malade inconscient	X		
Métastases osseuses	X		
Handicapé physique	X		
Handicapé mental	X		
Malades aveugles, sourds	X		
Diabétiques	X		
Aptitude à la communication	X		
Orale	X		
Non orale	X		
Communication d'informations	X		
Questions éthiques et culturelles	X		
Sexe	X		
Culture	X		
Religion	X		
Âge	X		
Enfants } Y compris les incidences pour les autres	X		
Jeunes adultes } membres de la famille	X		
Adultes	X		
Personnes âgées	X		
Aspects juridiques			
Confidentialité	X		
Consentement en connaissance de cause	X		
Protection des données — durée de stockage, etc.	X		
Santé et sûreté	X		
Rayonnements	X		
ONCOLOGIE ET ÉPIDEMIOLOGIE			
Pour chaque siège identifié, l'étiologie et l'épidémiologie, les signes et les symptômes ainsi que le diagnostic et la gestion générale devront être traités	X		
Sein	X		
Gynécologique	X		
Tractus gastro-intestinal	X		
Foie	X		
Tête et cou	X		

Prostate		X		
Poumon		X		
Lymphomes		X		
Vessie		X		
SNC		X		
Sarcome de Kaposi		X		
Autres selon ce qui est jugé approprié pour le pays		X		
Prévention du cancer et éducation du public		X		
Promotion d'un mode de vie sain		X		
Détection précoce		X		
Dépistage		X		
Affection bénigne et maligne		X		
Méthodes de propagation d'une affection maligne		X		
Systèmes de classification et échelles		X		
Introduction à la génétique, à la prédisposition génétique et aux groupes à haut risque		X		
Modalités de traitement pour les tumeurs malignes courantes				
Radiothérapie	Y compris les indications d'emploi et l'application – seule ou en association avec d'autres modalités	X		
Chirurgie		X		
Chimiothérapie		X		
Immunothérapie		X		
Hormonothérapie		X		
Thérapies par radionucléides		X		
PROCESSUS DE RADIOTHÉRAPIE				
Visée du traitement		X		
Curative		X		
Palliative		X		
Modalités de traitement		X		
Téléthérapie	Y compris les principes et la fonction, les avantages et les inconvénients, les cancers courants traités au moyen de chaque modalité et les aspects touchant la sûreté	X		
Radiothérapie superficielle		X		
Rayons X de faible énergie		X		
Cobalt		X		
Accélérateur linéaire (photons)		X		
Accélérateur linéaire (X et e)				
Particule lourde				X

Curiethérapie			
(Principes du pré- ou post-chargement)	X		
Interstitielle ou intracavitaire	X		
HDD	X		
BDD	X		
DDP	X		
Radionucléides utilisés couramment	X		
Thérapie par radionucléides (sources non scellées)		X	
Sites particuliers			
Pour chaque site indiqué, l'étiologie et l'épidémiologie, les signes et les symptômes ainsi que le diagnostic et la gestion générale des malades devront être traités	X		
Sein	X		
Gynécologique	X		
Tractus gastro-intestinal	X		
Foie	X		
Tête et cou	X		
Prostate	X		
Poumon	X		
Lymphomes	X		
Vessie	X		
SNC	X		
Sarcome de Kaposi	X		
Autres selon ce qui est jugé approprié pour le pays	X		
Procédures d'immobilisation			
Principes généraux	X		
Salle de moulage	X		
Matériaux utilisés	X		
Procédures suivies	X		
Questions de sûreté	X		
Simulation/préparation du traitement			
Positionnement du malade, immobilisation et reproductibilité	X		
Localisation et simulation	X		
Définition des volumes cibles et des organes à risque	X		
Contours	X		
Documentation	X		
Lasers/marquage	X		
Vérification	X		
Développement des films	X		
Activités en salle de moulage			
Protection	X		
Matériaux de protection utilisés	X		

Protection individuelle	X		
Gestion de la pollution et des dangers	X		
Planification et calcul des doses			
Volume cible	X		
Organes à risque	X		
CIUR	X		
Dimensions	X		
Rendement en profondeur, rapport tissu-air, OAR, RTM, TPR	X		
Courbes d'isodoses	X		
Influence de la protection et de la DFP sur la distribution de la dose	X		
2D	X		
3D	X		
Atténuation et compensation du faisceau	X		
Thérapie conformationnelle	X		
Calculs de base	X		
Dose à la tumeur	X		
Moyenne, maximum, minimum	X		
Nombre de fractions	X		
Durée du traitement	X		
Appareils de surveillance	X		
Atténuateurs de faisceaux	X		
Tolérance normale des tissus	X		
Plan de traitement des malades	X		
Administration du traitement	X		
Il faut traiter de la technique de radiothérapie particulière pour chaque site courant, notamment les suivants :			
Sein	X		
Gynécologique	X		
Tractus gastro-intestinal	X		
Tête et cou	X		
Prostate	X		
Poumon	X		
Lymphomes	X		
Vessie	X		
SNC	X		
Sarcome de Kaposi	X		
Autres selon ce qui est jugé approprié pour le pays	X		
Techniques courantes d'administration des traitements			
Champ unique	X		
Champs parallèles opposés	X		
Champs multiples	X		
Positionnement du malade, immobilisation et reproductibilité			
Procédures de mise en place	X		

Manuelles	X		
Assistées par ordinateur	X		
Vérification et consignation ou enregistrement des données	X		
Surveillance des doses	X		
Vérification	X		
Documentation	X		
Gestion du malade en traitement			
Effet secondaire lié à l'irradiation et à la dose	X		
Aigu	X		
Tardif	X		
Surveillance des effets secondaires	X		
Gestion des effets secondaires	X		
Information et communication	X		
Documentation des effets secondaires	X		
Techniques spéciales			
Pédiatrie	X		
Irradiation corporelle totale			X
Stéréotaxique			X
Irradiation totale de la peau			X
Radiothérapie modulée en intensité (p. ex. radiothérapie peropératoire)			X
Autres selon qu'il conviendra			X
Assurance/contrôle de la qualité			
Matériel	X		
Procédures (sur une base factuelle)		X	
Protocoles (sur une base factuelle)		X	
Audit		X	
Consignation des incidents		X	
Santé et sûreté			
Précautions universelles	X		
Accidents du travail	X		
Précautions anti-infectieuses	X		
Incendie, etc.	X		

Programme à l’intention des radiodiagnosticiens

formation élaborée à l’intention de radiodiagnosticiens afin de leur permettre d’acquérir les qualifications voulues pour pouvoir travailler comme radiothérapeutes (RTT).
pays en développement où beaucoup de RTT travaillent dans des départements qui ne disposent que d’une gamme d’équipements limitée. Pour le niveau d’équipement 1, les sujets correspondent au contenu nécessaire pour un diplômé qui travaillera dans un département où la principale modalité fera appel au cobalt 60 et/ou à un linac monoénergie. Les membres du groupe d’étude ont estimé que même à ce niveau d’équipement fondamental, tous les RTT devraient être formés aux techniques employées en salle de moulage et pour la simulation, la curiethérapie et la planification de traitements simples. Le niveau 2 est conçu pour les départements possédant des accélérateurs linéaires multiénergies et des capacités de planification des traitements plus complexes, et le niveau 3 pour les départements qui planifient les traitements en recourant à l’imagerie aux fins de la radiothérapie modulée en intensité (IMRT) et d’autres procédures spéciales.
Les différents sujets pourront bien entendu être traités de manière plus ou moins approfondie suivant les besoins des centres considérés, et des sujets supplémentaires pourront être ajoutés
selon qu’il conviendra.
Les méthodes d’enseignement, d’apprentissage et d’évaluation seront arrêtées par le centre de
formation et dépendront des ressources et des compétences disponibles. Les évaluations régulières constituent un pilier du programme et quelques outils utiles sont fournis à cette fin.

SUJET	NIVEAU		
	1	2	3
MATÉRIEL DE RADIOTHÉRAPIE			
Structure atomique	X		
Électron } Importance en radiothérapie	X		
Neutron } Importance en radiothérapie	X		
Proton } Importance en radiothérapie	X		
Radioactivité	X		
Interaction des rayonnements avec la matière	X		
Effet photoélectrique } Importance en radiothérapie	X		
Effet Compton } Importance en radiothérapie	X		
Production de paires } Importance en radiothérapie	X		
Mesures et unités	X		
Caractéristiques des faisceaux			
De photons	X		
D'électrons	X		
De particules lourdes	X		
Mathématiques de base en rapport avec la radiothérapie	X		
Simulateur	X		
Simulateur CT		X	
Appareils de traitement			

SUJET	NIVEAU		
	1	2	3
Radiothérapie superficielle	X		
Rayons X de faible énergie	X		
Cobalt	X		
Accélérateur linéaire (photons seulement)	X		
Accélérateur linéaire (photons et électrons)		X	
Accélérateur linéaire (IMRT et traitements spécialisés)			X
Caractéristiques physiques	X		
Systèmes optiques	X		
Tables	X		
Systèmes laser	X		
RADIOBIOLOGIE/ONCOLOGIE MOLÉCULAIRE			
Au niveau cellulaire	X		
Sur le tissu humain	X		
Sur les organes	X		
Le fœtus	X		
Sur les cellules et les tissus malins	X		
Le fractionnement et son effet	X		
Modificateurs biologiques, y compris les agents chimiothérapeutiques utilisés couramment	X		
TLE		X	
EBR		X	
Modèles radiobiologiques		X	
ONCOLOGIE ET ÉPIDÉMIOLOGIE			
Cellule	X		
Cycle	X		
Contrôle du cycle	X		
Système lymphatique	X		
Sites particuliers	X		
Pour chaque site indiqué, l'étiologie et l'épidémiologie, les signes et les symptômes ainsi que le diagnostic et la gestion générale devront être traités			
Sein	X		
Gynécologique	X		
Tractus gastro-intestinal	X		
Foie	X		
Tête et cou	X		
Prostate	X		

SUJET	NIVEAU		
	1	2	3
Poumon	X		
Lymphomes	X		
Vessie	X		
SNC	X		
Sarcome de Kaposi	X		
Autres selon ce qui est jugé approprié pour le pays	X		
Prévention du cancer et éducation du public	X		
Promotion d'un mode de vie sain	X		
Détection précoce	X		
Dépistage	X		
Affection bénigne et maligne	X		
Méthodes de propagation d'une affection maligne	X		
Systèmes de classification et échelles	X		
Introduction à la génétique, à la prédisposition génétique et aux groupes à haut risque	X		
Modalités de traitement pour les tumeurs malignes courantes			
Radiothérapie (Y compris les indications d'emploi et l'application – seule ou en association avec d'autres modalités)	X		
Chirurgie	X		
Chimiothérapie	X		
Immunothérapie	X		
Hormonothérapie	X		
Thérapies par radionucléides	X		
PROCESSUS DE RADIOTHÉRAPIE			
Histoire et rôle de la radiothérapie dans le domaine du cancer	X		
Terminologie médicale	X		
Technologie de l'information			
Compétences informatiques	X		
Accès à l'Internet	X		
Information sur les ressources	X		
Lecture de revues/d'articles médicaux	X		
Critique d'articles	X		
Rédaction scientifique	X		

SUJET	NIVEAU		
	1	2	3
Rédaction scientifique		X	
Recherche		X	
Approche pluridisciplinaire du diagnostic et de la gestion du cancer et façon dont le malade arrive à la radiothérapie	X		
Soins généraux au malade atteint de cancer	X		
Procédure dans un département de radiothérapie (théorie)	X		
Première visite Examen du traitement Importance du suivi } Y compris la préparation de la salle, le matériel et la documentation nécessaire ainsi que l'assistance pour les procédures ou les examens. Instructions aux malades.	X		
Soins au malade atteint de cancer	X		
Respect de la vie privée du malade	X		
Alimentation	X		
Soins de la peau	X		
Précautions universelles	X		
Conseils diététiques	X		
Examens de laboratoire	X		
Soins dans des circonstances particulières	X		
Soins aux malades sondés	X		
Soins aux malades stomisés	X		
Soin des blessures	X		
Malade inconscient	X		
Métastases osseuses	X		
Handicapé physique	X		
Handicapé mental	X		
Malades aveugles, sourds	X		
Diabétiques	X		
Aptitude à la communication	X		
Communication d'informations	X		
Âge	X		
Enfants Jeunes adultes } Y compris les incidences pour les autres membres de la famille	X		
Adultes	X		
Personnes âgées	X		
Visée du traitement	X		
Curative	X		
Palliative	X		

SUJET		NIVEAU		
		1	2	3
Modalités de traitement		X		
Téléthérapie	Y compris les principes et la fonction, les avantages et les inconvénients, les cancers courants traités au moyen de chaque modalité et les aspects touchant la sûreté	X		
Radiothérapie superficielle		X		
Rayons X de faible énergie		X		
Cobalt		X		
Accélérateur linéaire (photons)			X	
Accélérateur linéaire (X et e)				
Particule lourde				X
Curiethérapie		X		
(Principes du pré- ou post-chargement)		X		
Interstitielle ou intracavitaire		X		
HDD		X		
BDD		X		
DDP		X		
Radionucléides utilisés couramment		X		
Thérapie par radionucléides (sources non scellées)			X	
Sites particuliers		X		
Pour chaque site indiqué, l'étiologie et l'épidémiologie, les signes et les symptômes ainsi que le diagnostic et la gestion générale devront être traités				
Sein		X		
Gynécologique		X		
Tractus gastro-intestinal		X		
Foie		X		
Tête et cou		X		
Prostate		X		
Poumon		X		
Lymphomes		X		
Vessie		X		
SNC		X		
Sarcome de Kaposi		X		
Autres selon ce qui est jugé approprié pour le pays		X		
Procédure d'immobilisation				
Salle de moulage		X		
Matériaux utilisés		X		
Procédures suivies		X		
Questions de sûreté		X		
Simulation/préparation du traitement				
Positionnement du malade, immobilisation et reproductibilité		X		
Localisation et simulation		X		

SUJET	NIVEAU		
	1	2	3
Définition des volumes cibles et des organes à risque	X		
Contours	X		
Lasers/marquage	X		
Consignation de tout ce qui précède dans le plan du malade	X		
Vérification	X		
Développement des films	X		
Activités en salle de moulage	X		
Protection	X		
Matériaux de protection utilisés	X		
Protection individuelle	X		
Gestion de la pollution et des dangers	X		
Planification et calcul des doses			
Volume cible	X		
Organes à risque	X		
CIUR	X		
Dimensions	X		
Rendement en profondeur, rapport tissu-air, OAR, RTM, TPR	X		
Courbes d'isodoses	X		
Influence de la protection et de la DFP sur la distribution de la dose	X		
2D	X		
3D	X		
Atténuation et compensation du faisceau	X		
Thérapie conformationnelle	X		
Calculs de base	X		
Dose à la tumeur	X		
Moyenne, maximum, minimum	X		
Nombre de fractions	X		
Durée du traitement	X		
Appareils de surveillance	X		
Atténuateurs de faisceaux	X		
Tolérance normale des tissus	X		
Plan de traitement des malades	X		
Administration du traitement			
Il faut traiter de la technique de radiothérapie particulière pour chaque site courant, notamment les suivants :	X		
Sein	X		
Gynécologique	X		
Tractus gastro-intestinal	X		
Tête et cou	X		
Prostate	X		
Poumon	X		
Lymphomes	X		

SUJET	NIVEAU		
	1	2	3
Vessie	X		
SNC	X		
Sarcome de Kaposi	X		
Autres selon ce qui est jugé approprié pour le pays	X		
Techniques courantes d'administration des traitements			
Champ unique	X		
Champs parallèles opposés	X		
Champs multiples	X		
Positionnement du malade, immobilisation et reproductibilité			
Procédures de mise en place	X		
Manuelles	X		
Assistées par ordinateur	X		
Vérification et consignation ou enregistrement des données	X		
Surveillance des doses	X		
Vérification	X		
Documentation	X		
Gestion des malades en traitement			
Effet secondaire lié à l'irradiation et à la dose	X		
Aigu	X		
Tardif	X		
Surveillance des effets secondaires	X		
Gestion des effets secondaires	X		
Information et communication	X		
Documentation des effets secondaires	X		
Techniques spéciales			
Pédiatrie	X		
Irradiation corporelle totale			X
Stéréotaxique			X
Irradiation totale de la peau			X
IMRT			X
Autres selon ce qui conviendra			X
Assurance/contrôle de la qualité			
Matériel	X		
Procédures (sur une base factuelle)		X	
Protocoles (sur une base factuelle)		X	
Audit		X	
Consignation des incidents		X	

FORMATION CLINIQUE

Le placement clinique devrait représenter au moins 50% de l’ensemble du programme.

Le contenu pourra être adapté pour répondre aux besoins nationaux ou locaux selon ce qui sera jugé le plus approprié. Les phases peuvent être introduites dans le cours au moment opportun suivant la durée totale du programme final.

COMPÉTENCES REQUISES POUR TRAVAILLER DANS UN HÔPITAL

- Techniques de levage et de déplacement
- Administration des bassins hygiéniques, cuvettes à vomis, etc.
- Conservation et gestion des médicaments dans le cadre hospitalier

Procédures à suivre pour les malades infectieux :

- Précautions universelles

Procédures à suivre pour les malades immunodéprimés :

- Pratiques d'hygiène
- Pansements simples
- Procédures stériles
- Administration d'oxygène

Soins aux malades ayant des difficultés respiratoires, en phase terminale, présentant une
déficience mentale et handicapés physiquement

Soins spéciaux aux malades gériatriques et pédiatriques

- Soins aux malades stomisés
- Manipulation des malades atteints de métastases osseuses
- Soins aux malades à la suite d'une anesthésie
- Précautions à prendre avec les cathéters chez le malade intubé

ÉVALUATION DES COMPÉTENCES CLINIQUES ET PRATIQUES

TECHNIQUE L'étudiant fait preuve de précision dans ce qui suit :	**OUI**	**NON**	**Sans objet**
Positionnement du malade			
Utilisation des dispositifs d'immobilisation			
Réglage de la DFP/de la DSP minimum/de la DSA			
Utilisation des dispositifs d'orientation du faisceau			
Utilisation des dispositifs de définition du faisceau			
Utilisation de bolus			
Utilisation d'une atténuation du faisceau			
Alignement du faisceau			
L'étudiant règle correctement les dispositifs de verrouillage			
Autre (veuillez préciser)			

ADMINISTRATION DE LA DOSE L'étudiant effectue correctement ce qui suit :	**OUI**	**NON**	**Sans objet**
Revérifie la prescription de dose			
Indique les appareils de surveillance/la durée à régler			

Observe le panneau de commande pendant toute le traitement			
Observe le malade pendant tout le traitement			
Nettoie la salle de traitement			

ÉVALUATION PRATIQUE

(À remplir par l'évaluateur/superviseur clinique dans les deux jours suivant l'entretien préalable à l'évaluation avec l'étudiant).

Date.....

PREPARATION L'étudiant effectue ce qui suit avec précision/correctement :	**OUI**	**NON**	**Sans objet**
Indique l'emplacement des interrupteurs marche-arrêt d'urgence pour la sûreté électrique et radiologique			
Indique l'emplacement du matériel d'administration d'oxygène, de réanimation et de lutte contre l'incendie			
Note tout ce qui est nécessaire avant le traitement Vessie pleine Numération globulaire Visite clinique de routine Rendez-vous avec le diététicien Être présent lors de la mise en place Film portal Autre (veuillez préciser)			
Interprète la prescription de traitement			
Prépare la salle de traitement			
Prépare le matériel Table de traitement Oreillers/appuie-tête/dispositif d'immobilisation Bolus Dispositifs de protection			
Identifie le malade			
Évalue l'état du malade et informe le technicien en radiothérapie des problèmes éventuels			

SOINS AUX MALADES L'étudiant:	**OUI**	**NON**	**Sans objet**
A interrogé le malade sur son état général			
A réagi correctement aux problèmes signalés par le malade			
A répondu correctement aux questions posées par le malade			
A fait part des problèmes/questions éventuels au technicien en radiothérapie			
A expliqué comme il convient la procédure de traitement			
A apporté un niveau d'assistance approprié au malade dans la salle de traitement			
A pris en considération les besoins du malade			
A prêté attention aux pratiques d'hygiène particulières requises pour le malade			
A apporté des soins post-traitement appropriés			

PROFESSIONNALISME L'étudiant :	**OUI**	**NON**	**Sans objet**
A posé aux techniciens en radiothérapie des questions pertinentes concernant le malade et la technique			
A fait preuve d'esprit d'initiative			
A bien collaboré en tant que membre de l'équipe			

I.1.6. Exemples de critères d’évaluation

Les centres élaboreront leurs propres critères sur la base de la pratique locale.

GESTION DES MALADES

Interprétation des informations

Identification correcte/nécessité d’effectuer des numérations globulaires/visite clinique, etc.

Préparation

Dimensions du champ/matériel auxiliaire, etc.

Bien-fondé du plan de traitement

But du traitement/raisons de le modifier/plomb, etc.

Réactions

Connaît les réactions normales et signale celles qui sont anormales au technicien en radiothérapie

Réconfort et soutien du malade

Commentaires et informations appropriés

Communication

Claire/appropriée/tous les malades/personnel/autres

Dossiers

Exactitude/pertinence/date/respect de la confidentialité

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL
Apparence professionnelle
Uniforme/netteté générale, etc.
Fiabilité
Présence/ponctualité/exactitude des rapports/exécution des tâches
Esprit d’initiative Capacité/disposition à prendre des mesures. Pose des questions/sollicite une aide
Compétences générales en matière de manipulation
Positionnement du malade/mise en place précise, soin apporté au placement des blocs de plomb, etc.
Manières professionnelles
Courtoisie/participation à la discussion/empathie/bon sens
Indépendance/travail en équipe
Conforme au stade de la formation/moindre dépendance par rapport aux instructions
Sûreté
Englobe la connaissance des rayonnements, la prévention des incendies, la prévention des
surinfections, etc.

Observations

Il faudrait formuler des observations en vue d’expliquer les classements/notes attribués pour
chaque section et d’aider à montrer aux étudiants comment s’améliorer dans ces domaines, et
ces observations seront très utiles au personnel des centres pour la coordination des
évaluations et des placements

Les observations des étudiants permettront au personnel clinique et au personnel des centres
de connaître leurs réactions sur le placement en général.

MERCI DE VOTRE ATTENTION

المعهد الوطني للانكولوجيا
سيدي محمد بن عبد الله
Institut National d'Oncologie
Sidi Mohamed Ben Abdellah

Rôle infirmier dans l'annonce du cancer au niveau de l'Institut National d'Oncologie (I.N.O) Sidi Mohamed Ben Abdellah Rabat-Maroc

Abdellah Moumsi
Infirmier, lauréat du 2ème cycle des études paramédicales
Section : Surveillant des services de santé
IFCS/Rabat-Maroc

7éme Journée Scientifique de l'AMIC
25 Mai 2013

A.M.I.C

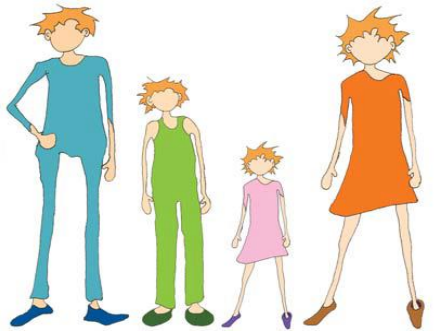
Plan de la présentation

Introduction

- Problématique
- But et question de recherche
- Cadre de référence
- Méthodologie
- Principaux résultats
- Limites et forces de l'étude
- Recommandations

Conclusion

➢Le cancer représente un fardeau lourd



➢L’annonce du diagnostic est un moment crucial

Problématique

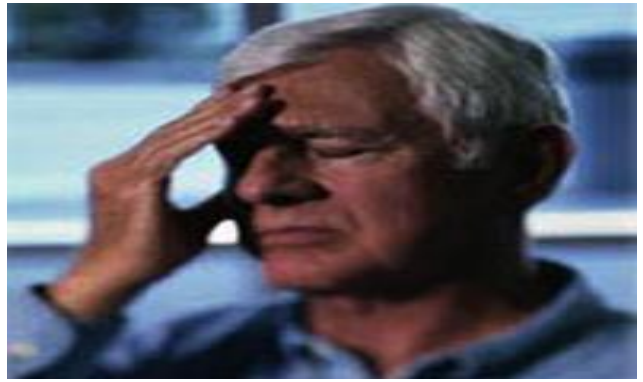
➢ Le cancer est responsable de :

- Plus de 12% de tous les décès dans le monde (CIRC, 2008).

- 7,2% de tous les décès au Maroc (PNPCC 2010-2019).

Problématique (suite)

➢L'annonce du cancer constitue :



- Une épreuve traumatisante

- Une détresse et instabilité émotionnelle (Al-Azri, Al-Awisi, et Al-Moundhri, 2009).

Problématique (suite)

- Patients ont besoin d'être rassurés et de verbaliser leurs émotions (O'connor, Wicker et Germino, 1990).

- Plus de 50% de l'information échappe peu ou prou à la plupart des malades (Potier, 2009).

Problématique (suite)

- Elle doit s'accompagner d'une communication de qualité (Lecrubier, 2007 cité par Zaidouni, 2011).

- La relation thérapeutique entre l'équipe soignante et le malade et ses proches se construit dès l'annonce.

Problématique (suite)

- L’annonce est nécessaire pour le respect et la dignité de la personne et de son entourage (OMS, 1998).

- Le dispositif d’annonce se déroule en deux temps: médical et infirmier.

Problématique (suite)

➢Le temps infirmier recouvre :

- Un temps d'écoute, de repérage et d'information, et

- Un temps de coordination (Institut national du cancer et al, 2005)

Problématique (suite)

- À l'INO, la qualité de l'annonce du cancer est défaillante;

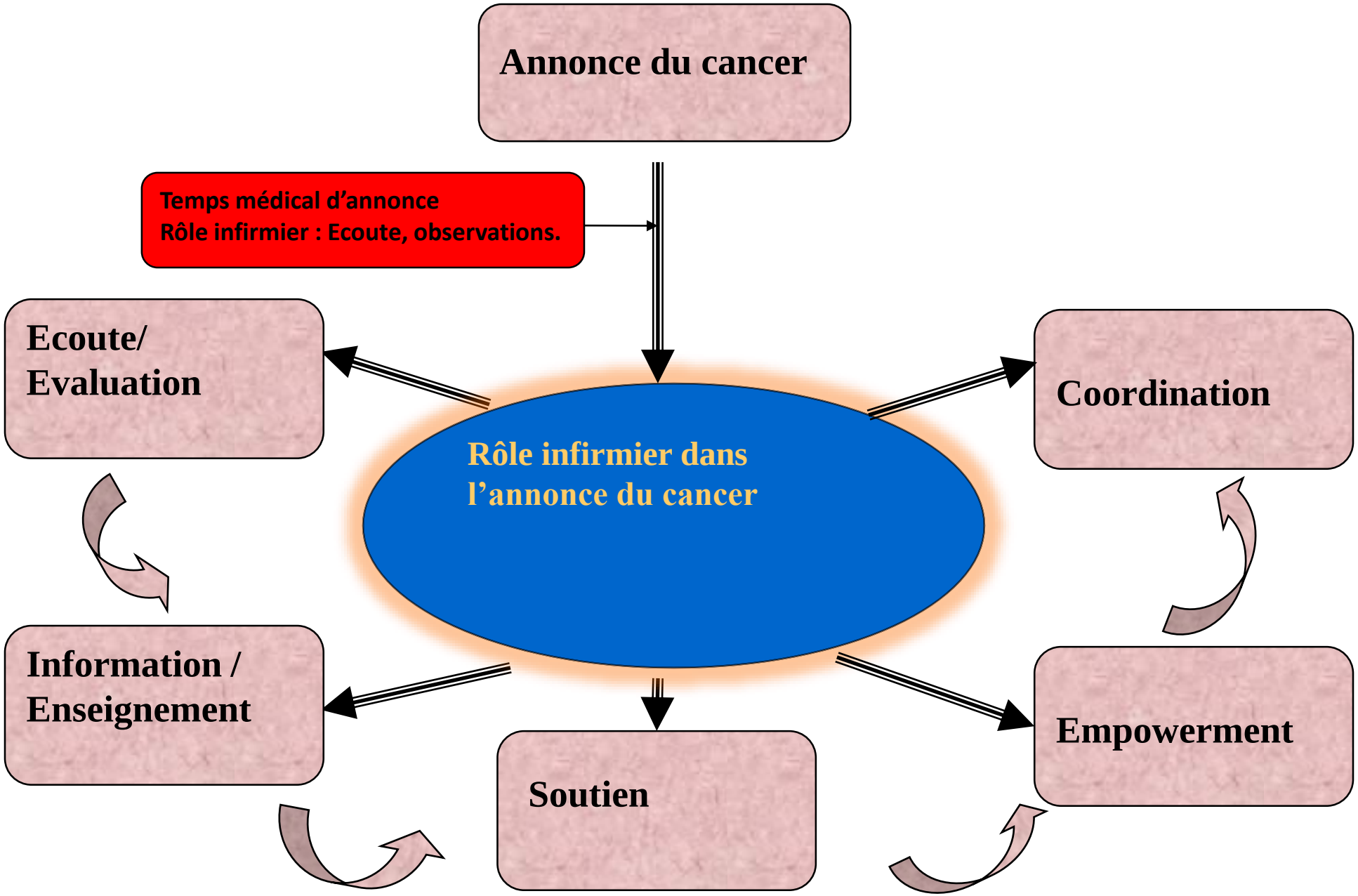
- Sahbani (2008) avait conclu que le rôle infirmier dans les soins de support (y compris l'annonce) est très peu développé.

But et question de recherche

Décrire le rôle infirmier dans l'annonce du cancer au niveau de l'Institut National d'Oncologie de Rabat.

Quel rôle infirmier dans l'annonce du cancer au niveau de l'Institut National d'Oncologie de Rabat?

Cadre de référence



Méthodes

Le devis de recherche

Type de l'étude

exploratoire

descriptive

niveau 1

Milieu de l'étude

INO (Unités d'hospitalisation et d'accueil

Population cible :

-IDE polyvalents

-les patients atteins du cancer

Méthode d'échantillonnage

Échantillonnage aléatoire stratifié

Echantillon IDE

(n = 31)

Échantillonnage accidentel

Echantillon patients

(n=10)

Instruments de collecte des données:

Questionnaire;

Entretien semi-directif (Guide d'entretien).

Méthodes d'analyse:

Analyse statistique descriptive

Exploitation des données de l'entretien

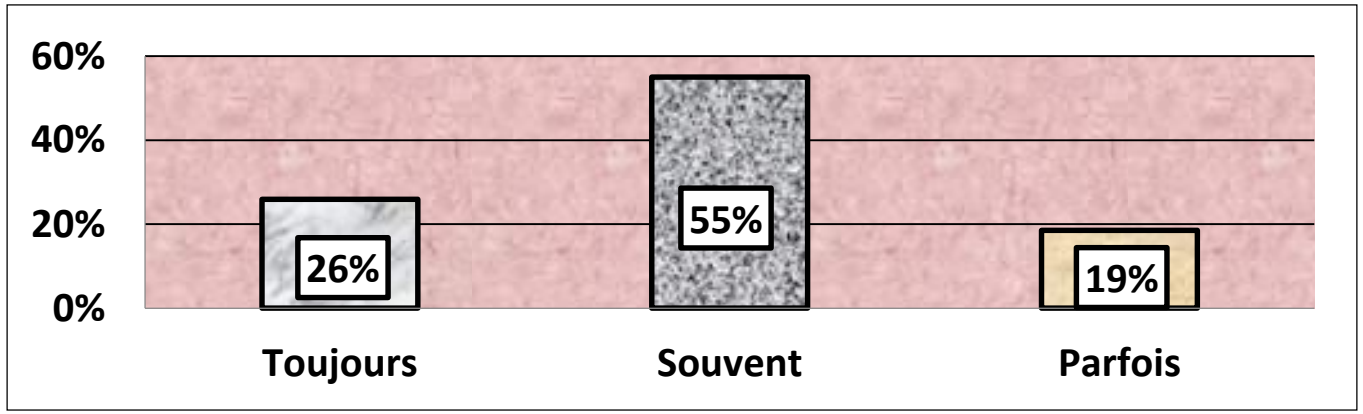
Considérations éthiques de recherche:

- L’autorisation;
- Consentement;
- Confidentialité et anonymat.

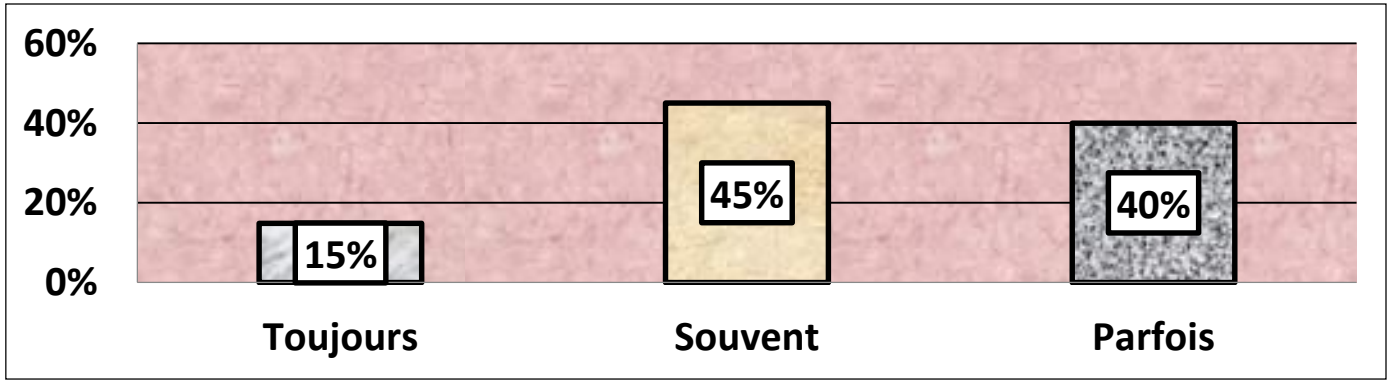
Présentation des principaux résultats

Le taux de réponse était de 90%

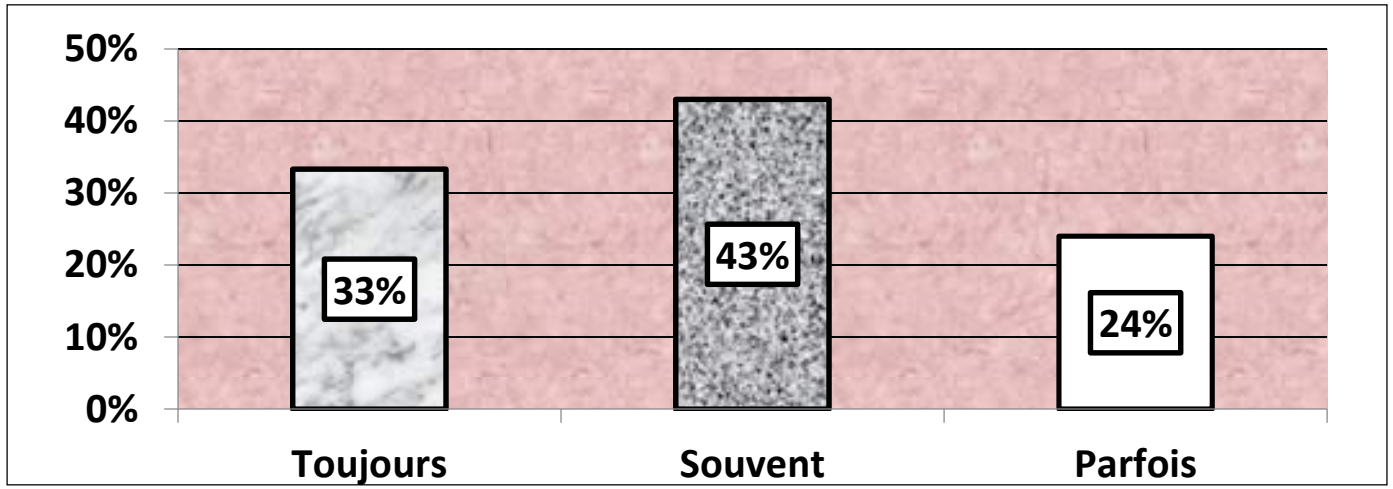
La fréquence de l'écoute du patient et/ou ses proches par les IDE



La fréquence d'évaluation des besoins et des ressources des patients par les IDE



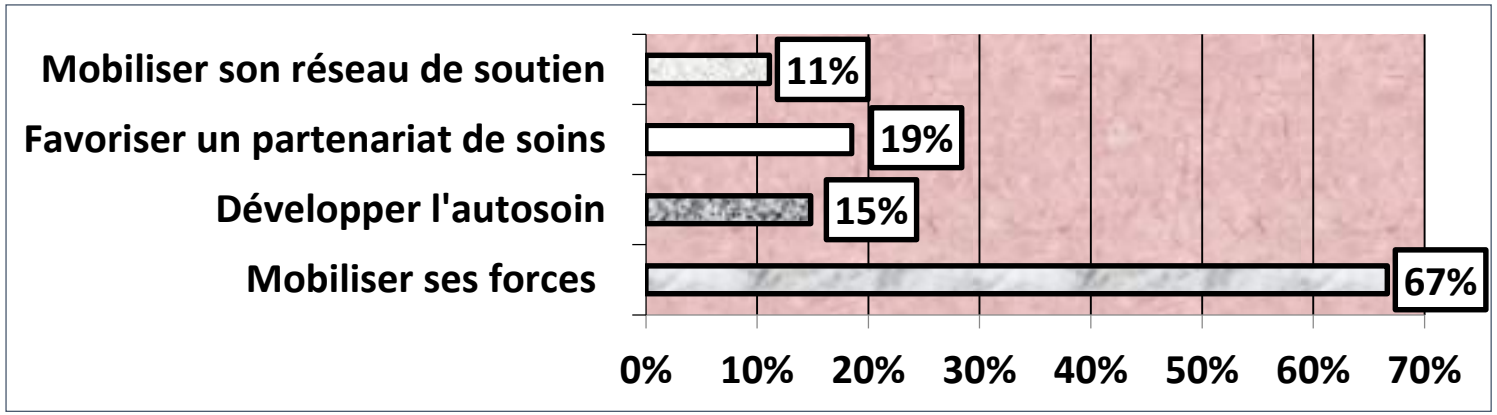
Fréquence de la réponse des IDE aux attentes des patients en matière d'information et enseignement



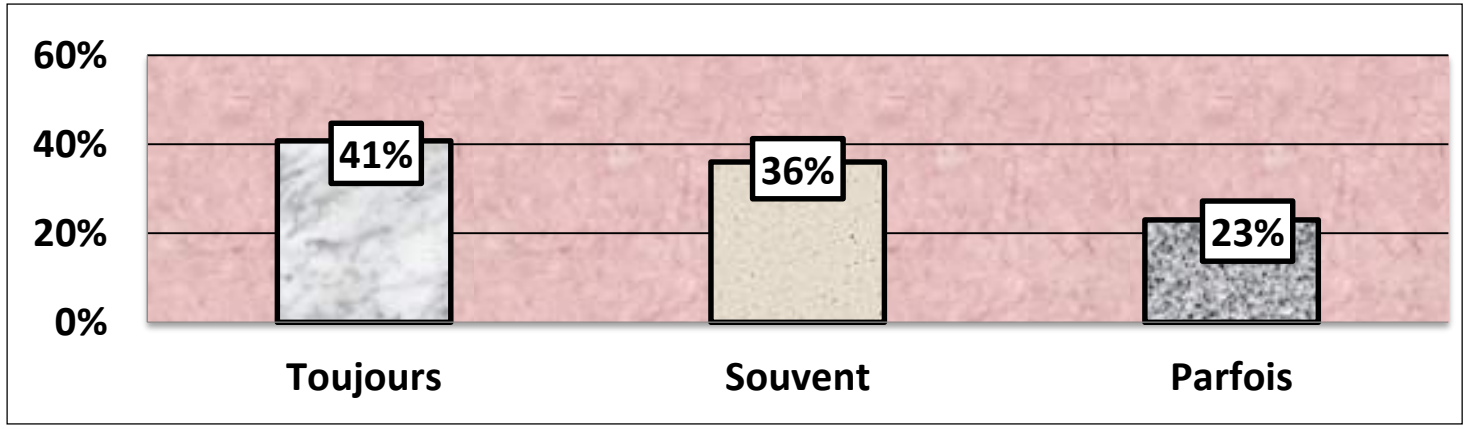
Le type de soutien offert par les IDE

REPONSES	FREQUENCE	%
Proposer un accompagnement social et l'accès aux soins de support	19	70%
Relation d'aide	13	48%
Réponse aux besoins/disponibilité	13	48%
Ecoute active	18	67%

Les actions entreprises par les IDE pour développer l'empowerment



Fréquence de la coordination des patients par les IDE



LIMITES ET FORCES DE L'ETUDE

RECOMMANDATIONS

Formation

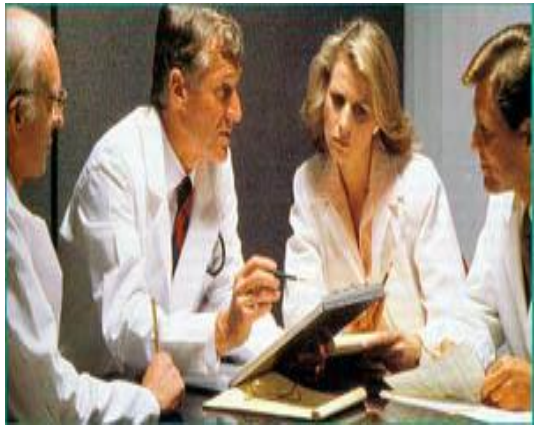
- Créer une filière des infirmiers spécialisés en oncologie ;
- Réaliser des formations continues sur l'annonce du cancer au profit du personnel infirmier de l'INO ;
- Organiser des stages optionnels à l'étranger.

La pratique:

- Sensibiliser le personnel médical et paramédical aux problèmes relatifs à l'annonce;

- Promouvoir la pluridisciplinarité,

notamment dans le cadre de RCP;



- Favoriser des staffs hebdomadaires de l’équipe soignante interdisciplinaire;

- Elaborer, mettre en œuvre et évaluer des plans et protocoles de consultation d’annonce ;

- Favoriser le rôle d’advocacy chez les IDE ;

la gestion:

- Mettre en place une consultation spécifique pour l’annonce du cancer ;

- Implanter un document spécifique de traçabilité de l’annonce;

- Doter la consultation d’annonce de bureaux aménagés;

- Doter les locaux en question par

les moyens et supports didactiques;

- Doter en personnel suffisant en matière des soins de support;

- Elaborer des outils de travail avec les équipes;

- Favoriser le développement des réseaux d’interventions à domicile.

la recherche :

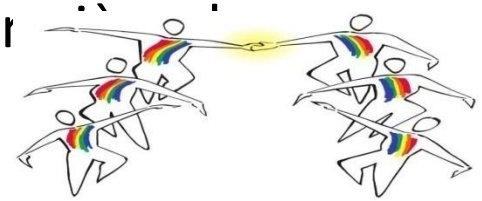
- Faire une étude sur l'état des lieux des pratiques autour de l'annonce du cancer;
- Faire parvenir les résultats de la recherche au personnel du terrain;
- Décrire les facteurs entravant la contribution de l'infirmier dans l'annonce du cancer ;
- Mener des recherches actions sur l'annonce du cancer et ses résultats thérapeutiques.

Conclusion

- Le rôle infirmier occupe de plus en plus la place qui lui revient dans le processus d'annonce.

- La présente étude a révélé des grands écarts entre le rôle que disent assumer les infirmiers et le vécu des patients.

- La nécessité d'impliquer donc l'équipe infir… processus est apparue d'emblée.



Pour plus d'informations…

Mémoire de fin d'étude du 2ème cycle des EPM

disponible sur demande :

moumsi68@live.fr

MERCI DE VOTRE ATTENTION

À vous la parole!

Nouveaux concepts pour la prise en charge des plaies

Mr. Mehdi Bennani
Responsable département pharmacie-Sterifil

7éme Journée Scientifique de l'AMIC
25 Mai 2013

Sterifil®

A.M.I.C

Quelle plaie chez le patient cancéreux?

- ✓ La plaie cancéreuse
- ✓ La plaie consécutive aux traitements anti-cancéreux
- ✓ La plaie cancérisé
- ✓ Autres plaies chez le patient cancéreux : escarres,…

Quel pansement pour quelle plaie… et pour quel patient?

- ✓ Le stade de la cicatrisation
- ✓ Le niveau d'exsudat
- ✓ Le statut infectieux
- ✓ La topographie /localisation de la plaie
- ✓ Le risque hémorragique
- ✓ La gestion des odeurs
- ✓ la gestion de la douleur
- ✓ Le pronostic plaie/patient

Hygiène & Asépsie

- ✓ Douche ou nettoyage à l'eau/sérum
- ✓ Antiseptiques si indispensable
- ✓ Antibiotiques locaux : seulement en cas de soins palliatifs contre les odeurs - à base de métronidazol

Détersion de la plaie

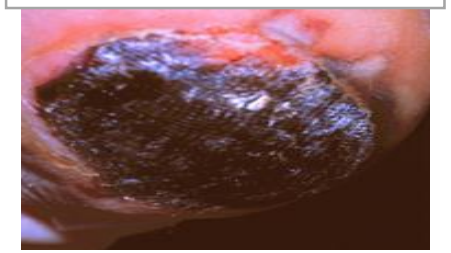
- ✓ Risque hémoragique? Douleur?
- ✓ Bloc opératoire ou salle de pansement?
- ✓ Pince, bistouri, et curette…
- ✓ Hydrojet
- ✓ Hydrogel

Urgo Hydrogel

Hydratation des plaies sèches & nécrotiques

Donneur d'eau = <u>Hydrogel</u>

Nécrose sèche



> 80% d'eau, gel cohésif, ne coule pas

Mise sous Algoplaque Film, renouvellement tous les 2-3 jours

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses & exsudatives

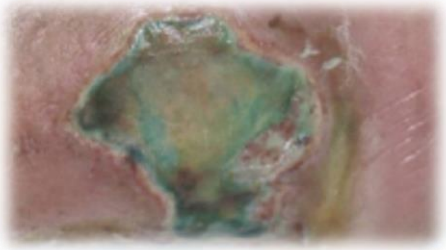
Fibrine

UrgoSorb

Absorption, retrait de la fibrine et hémostase

ASSAINIR

Assainir les plaies à risque d'infection



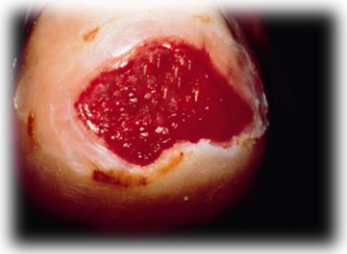
Bactéries

UrgoTul Ag

Efficacité anti-bactérienne prouvée

FERMER

Optimiser la cicatrisation



Bourgeons et néoépiderme

UrgoTul

Protection, tolérance et prolifération des fibroblastes

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses & exsudatives

Fibrine

UrgoSorb

Absorption, retrait de la fibrine et hémostase

UrgoSorb

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

Un pansement de la famille des alginates de calcium

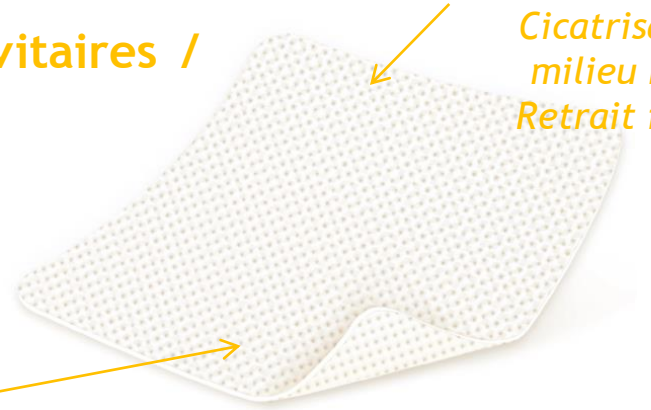
Indications

- ✓ Détersion des plaies fibrineuses
- ✓ Drainage des plaies cavitaires / profondes (mèche)
- ✓ Hémostase

2

Particules d'hydrocolloïdes

Cicatrisation en milieu humide
Retrait indolore



1

Alginates de calcium

Absorption
Hémostase
Retrait monobloc

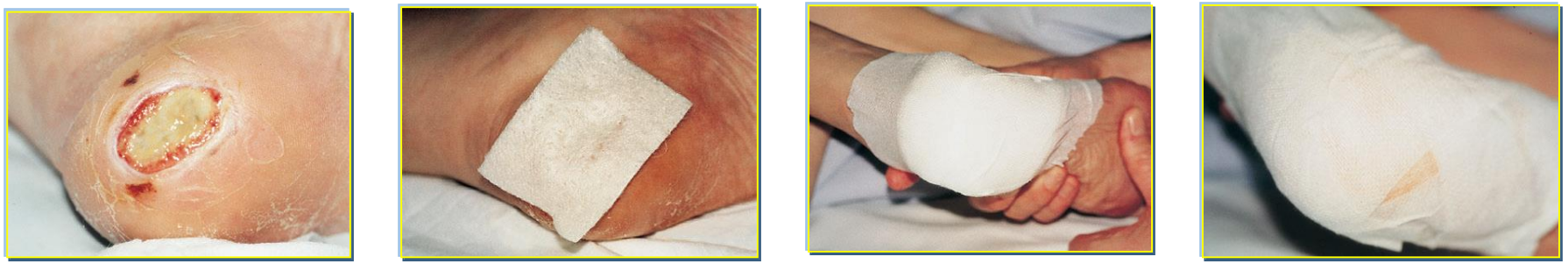
Photos non-contractuelles

UrgoSorb

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

Mode d'emploi



Renouvellement tous les 1 à 2 jours

Recouvrir Urgosorb d'un pansement secondaire : compresses stériles maintenues par une bande ou un sparadrap

UrgoSorb

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

Mode d'emploi

Renouvellement tous les 1 à 2 jours

Recouvrir Urgosorb d'un pansement secondaire : compresses stériles maintenues par une bande ou un sparadrap

UrgoSorb

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

UrgoSorb

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

UrgoSorb

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

Moignon ouvert d'amputation	Détersion progressive et bourgeonnement à J+3 semaines	Stade d'épidermisation - Aspect à 3 mois

UrgoSorb

UrgoSorb

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

J0

Volumineux kyste sacro-coccygien fistulisé

J0

Hémostase et comblement avec URGOSORB® mèche après excision monobloc

UrgoSorb

J6

Bourgeonnement et nécessité d'un drainage continu

UrgoSorb

J20

Comblement de la cavité excisée et épidermisation

UrgoSorb

S5

Margination épidermique périphérique. Cicatrisation presque totale.

UrgoSorb

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

J30

J45

J80

J125

UrgoSorb

La plaie hémorragique

Détersion d'un brulure profonde

Préparation à la greffe

Résultat à J25

UrgoSorb

PANGEN
COMPRESSES

La plaie hémorragique

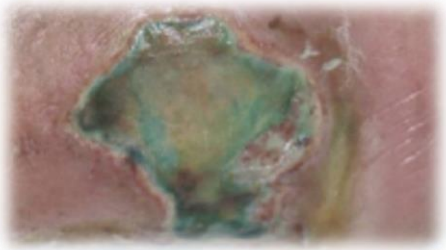
Compresse hémostatique à base de collagène natif résorbable

NETTOYER

ASSAINIR

Nettoyer les plaies fibrineuses & exsudatives

Assainir les plaies à risque d'infection



Fibrine

Bactéries

UrgoSorb

UrgoTul Ag

Absorption, retrait de la fibrine et hémostase

Efficacité anti-bactérienne prouvée

UrgoTul Ag

ASSAINIR

Assainir les plaies à risque d'infection

Comment reconnait-on une plaie à risque d'infection ?

Erythème péri-lésionnelle

Douleur spontanée

Signes cliniques d'infection

Œdème

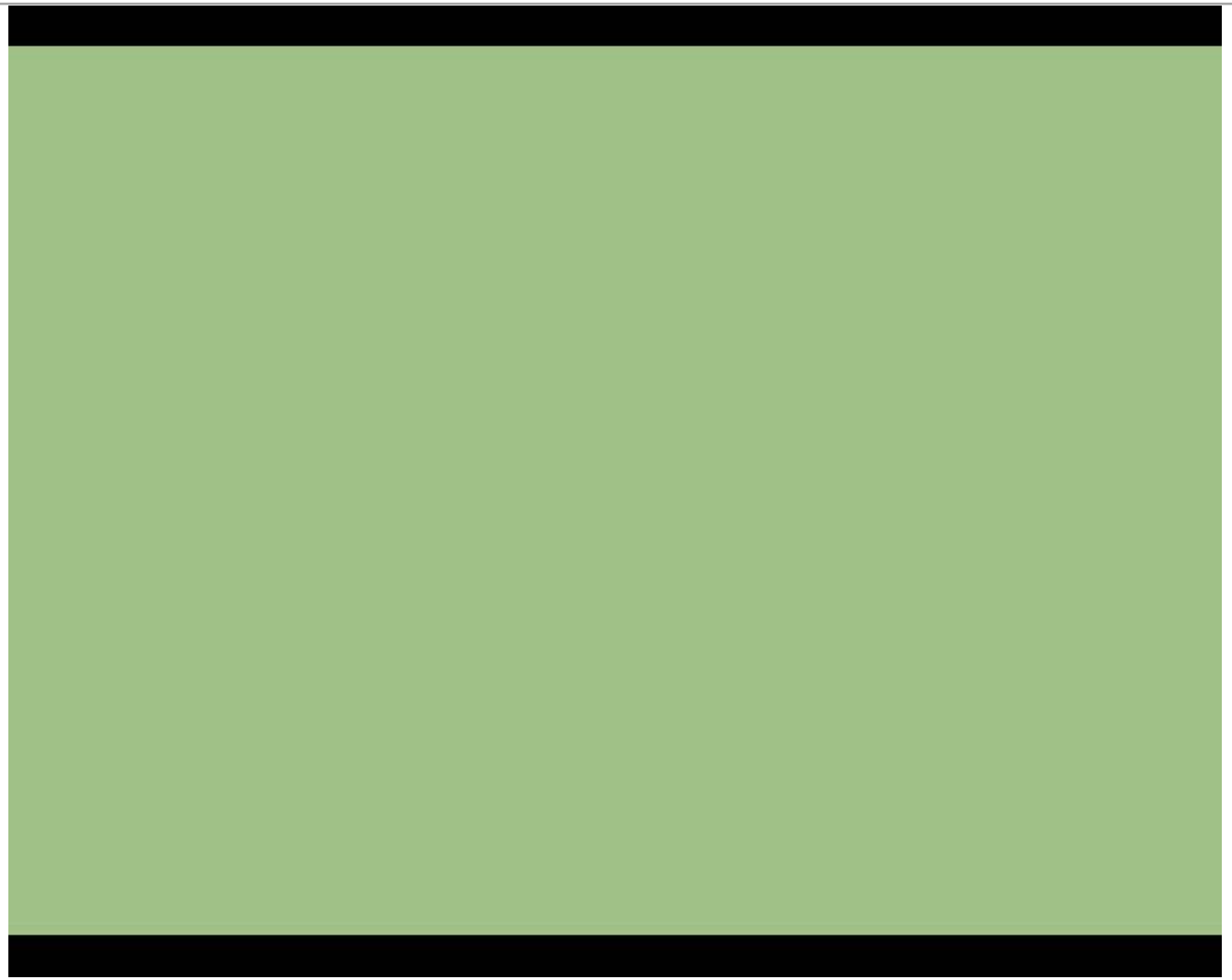
Plaie malodorante

Exsudat abondant

UrgoTul Ag

ASSAINIR

Assainir les plaies à risque d'infection

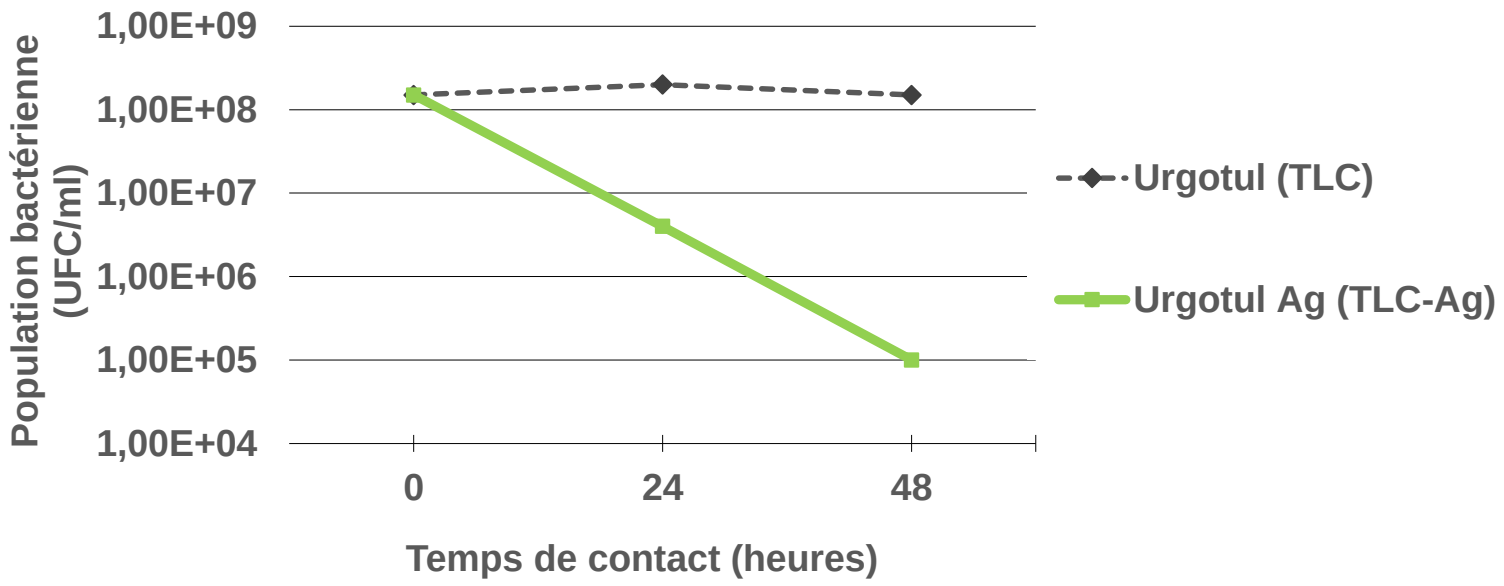


UrgoTul Ag

Assainir les plaies à risque d'infection

Une activité bactéricide de contact

- Libération progressive d'une concentration constante d'ions Ag+ jusqu'à 7 jours
- Efficacité prouvée sur le staphylococcus aureus (MRSA) – test sur les biofilms âgés de 48h



UrgoTul Ag

Assainir les plaies à risque d'infection

Mode d'emploi

Renouvellement tous les 1 à 3 jours

Recouvrir Urgotul Ag d'un pansement secondaire : compresses stériles maintenues par une bande ou un sparadrap

UrgoTul Ag

ASSAINIR

Assainir les plaies à risque d'infection

Femme de 68 ans, hospitalisée pour altération de l'état général, démence, HTA, antécédents cardiaques, AOMI, diabète ID, présentant une escarre de stade 4 depuis 9 mois, au niveau du tendon d'Achille

Jour 0

▶ Escarre de 52 cm², de 0,8 cm de profondeur, tendon à nu. Escarre non douloureuse mais infectée localement

UrgoTul Ag

Semaine 4

▶ Recouvrement du tendon par le tissu de granulation

UrgoTul Ag

Semaine 10

▶ Réduction de 77 % de la surface de la plaie. Escarre de 12 cm²

UrgoTul Ag

Assainir les plaies à risque d'infection

Patiente diabétique, plaie interdigitale depuis 2 semaines avec signes cliniques évocateurs de colonisation bactérienne
Disparition des signes infectieux locaux dès le 4ème jour

J0 — UrgoTul Ag → **J4**

UrgoTul Ag

Assainir les plaies à risque d'infection

Patiente de 72 ans aux antécédents d'hypertension, tabagisme, et insuffisance veineuse des membres inférieurs. Un ulcère veineux de la face antero-interne de la jambe droite avec un mois d'ancienneté, sans évolution spontanée.

Jour 0

Semaine 4

Semaine 8

UrgoTul Ag

ASSAINIR

Assainir les plaies à risque d'infection

Enfant de 13 mois, brulure du 2ème degré.

J3

UrgoTul Ag

J76

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses & exsudatives

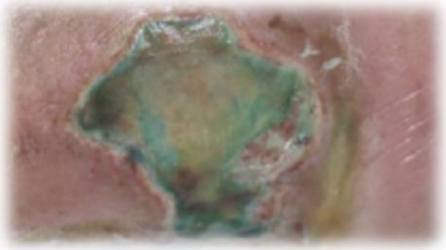
Fibrine

UrgoSorb

Absorption, retrait de la fibrine et hémostase

ASSAINIR

Assainir les plaies à risque d'infection



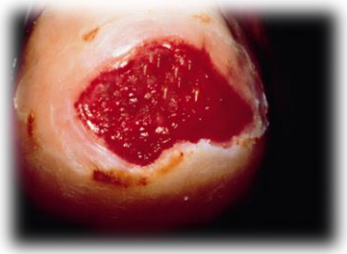
Bactéries

UrgoTul Ag

Efficacité anti-bactérienne prouvée

FERMER

Optimiser la cicatrisation



Bourgeons et néoépiderme

UrgoTul

Protection, tolérance et prolifération des fibroblastes

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

The wound is at granulation or epithelialization stage

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

Les tulles gras traditionnels collent à la plaie Vs. Urgotul ne sèche jamais

Traditionnel	UrgoTul
Perte d'enduction	*Maintien de l'enduction*

Moins de douleur, plus de confort, changement du pansement moins fréquent (jusqu'à 7 jours)…

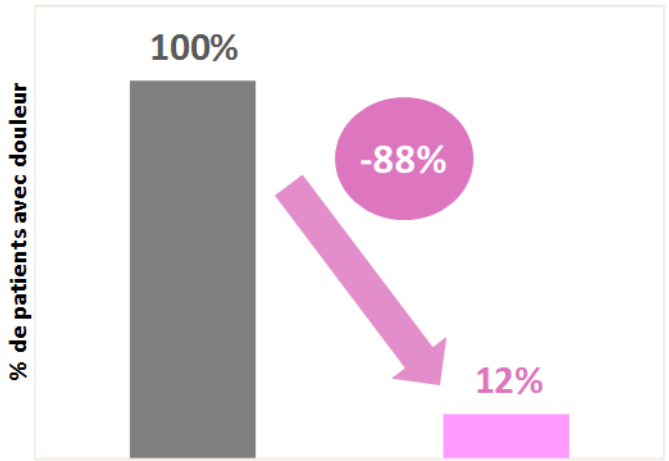
UrgoTul

FERMER

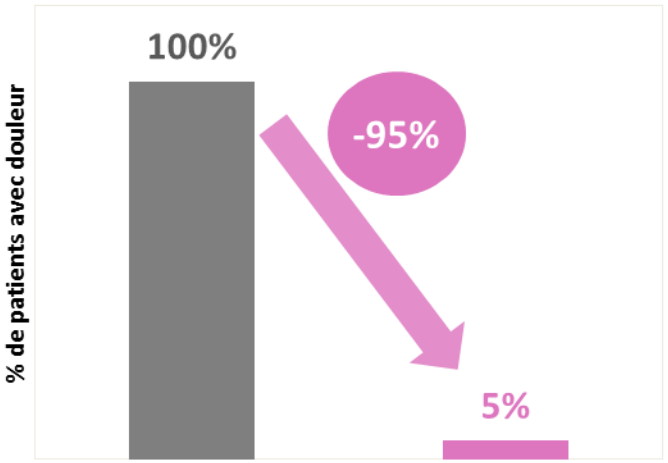
Optimiser la cicatrisation

Urgotul diminue significativement la douleur lors des soins
(Etude ayant portée sur 5850 patients)

Plaies chroniques*



Plaies traumatiques



** 66% d'ulcères / 16% d'escarres*

Etude observationnelle MAPP "Médecine Ambulatoire, Plaies et Pansement" : la plaie douloureuse en ville –
Dr S. Meaume – 7e Conférence des Plaies et Cicatrisation (CPC) Paris Janvier 2003

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

Des formats adaptés aux plaies peu exsudatives ou très exsudatives

UrgoTul

UrgoTul Absorb

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

Mode d'emploi

Renouvellement tous les 2 à 7 jours

Recouvrir Urgotul d'un pansement secondaire : compresses stériles maintenues par une bande ou un sparadrap

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

Mode d'emploi

UrgoTul Absorb

TECHNOLOGY TLC LIPIDO-COLLOÏD

Renouvellement tous les 2 à 4 jours

Maintenir Urgotul Absorb avec une bande de fixation ou une bande de contention

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

Patient de 72 ans porteur d'un ulcère de jambe mixte évoluant depuis 18 mois.

Aspect pré-op.

Greffe en pastilles

UrgoTul

Evolution de l'ulcère
à 8 semaines

Application d'URGOTUL® en recouvrement du site donneur et sur l'ulcère greffé. L'évolution cicatricielle de l'ulcère greffé est excellente à 8 semaines.

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

Patiente âgée de 1 an hospitalisée pour brûlure du 2e degré superficiel de la face interne du bras droit et du thorax.

Aspect initial

UrgoTul

J 15

Obtention d'une épidermisation totale après 11 jours de traitement. Contrôle à J15, réépidermisation totale en voie de consolidation.

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

Brûlure caustique due à un contact prolongé avec du ciment frais sur un patient de 37 ans.

J8

UrgoTul

J72 : Une fois la nécrose éliminée, la granulation et l'épidermisation progressent lentement jusqu'à la cicatrisation complète.

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

Patiente de 95 ans, présentant une démence sénile, une incontinence mixte et une escarre talonnière depuis un an

UrgoTul

FERMER

Optimiser la cicatrisation

Patiente âgée de 80 ans, hypertendue, diabète non insulino-dépendant, ulcère de jambe du membre inférieur droit au niveau de la malléole externe, 3 mois d'ancienneté. Peau péri-lésionnelle érythémateuse et macérée. Mise en place d'URGOTUL Absorb.

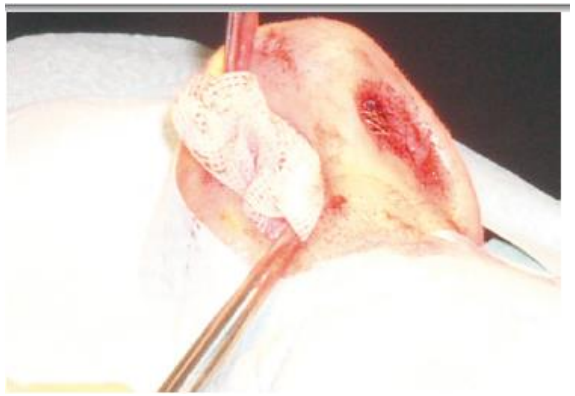
UrgoTul

UrgoTul

Optimiser la cicatrisation

Patient de 53 ans, déviation de la cloison nasale
48 heures après la pause, retrait indolore sans croûte résiduelle

J0 — UrgoTul → J2



UrgoTul Ag UrgoTul

ASSAINIR

Assainir les plaies à risque d'infection

FERMER

Optimiser la cicatrisation

J0

J7

J14

J21

J28

UrgoTul Ag UrgoTul

ASSAINIR

Assainir les plaies à risque d'infection

FERMER

Optimiser la cicatrisation

J42

J56

UrgoSorb UrgoTul

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

FERMER

Optimiser la cicatrisation

Ulcère malléolaire d'origine artérielle chez une patiente de 72 ans, compliquant un stade IV d'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs.

J0

J14

J14

J43

UrgoSorb - UrgoTul

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

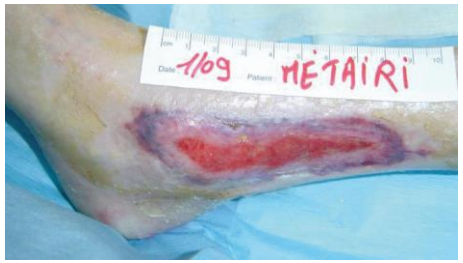
FERMER

Optimiser la cicatrisation

Ulcère malléolaire d'origine artérielle chez une patiente de 72 ans, compliquant un stade IV d'artériopathie chronique oblitérante des membres inférieurs.

J51

J51



J72

J76

Nettoyer les plaies fibrineuses et exsudatives

La plaie hémorragique

Assainir les plaies à risque d'infection

Optimiser la cicatrisation

Cicatrisation favorisée : Amélioration du pronostic

Cicatrisation optimisée : Réduction du nombre de changement de pansements

Cicatrisation facilité : Confort du patient et du personnel soignant

NETTOYER

Nettoyer les plaies fibrineuses & exsudatives

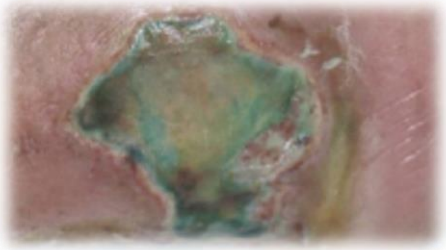
Fibrine

UrgoSorb

Absorption, retrait de la fibrine et hémostase

ASSAINIR

Assainir les plaies à risque d'infection



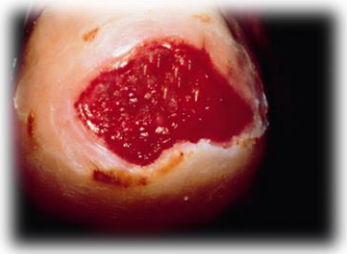
Bactéries

UrgoTul Ag

Efficacité anti-bactérienne prouvée

FERMER

Optimiser la cicatrisation



Bourgeons et néoépiderme

UrgoTul

Protection, tolérance et prolifération des fibroblastes

7éme Journée Scientifique de l'AMIC
25 Mai 2013

BONNES PRATIQUES DE TRANSFUSION SANGUINE

Dr K. HAJJOUT

introduction

- - Transfusion sanguine: thérapeutique substitutive régie par des textes législatifs

- - l'acte transfusionnel: collaboration étroite entre le médecin prescripteur et la personne (infirmier(e), sage femme) à qui il en délègue la réalisation

- La sécurité de l'acte transfusionnel: strict respect des étapes du processus transfusionnel:
  - prescription des PSL
  - analyses d'immuno-hématologiques nécessaires, administration des PSL au receveur
  - son suivi

introduction

La sécurité de l'acte transfusionnel repose sur le strict respect des étapes du processus :

-prescription des PSL

-Prescription des analyses d'immunohématologie nécessaires,

-Administration du PSL au receveur

-Le suivi du receveur

Cadre réglementaire

- Article 10 : Le sang et ses dérivés ne peuvent être livrés que sur demande écrite du médecin traitant.
- La transfusion du sang ne peut être effectuée que sur prescription médicale, sous la responsabilité d'un médecin et selon des règles fixées par voie réglementaire.
- La transfusion du sang ne peut être effectuée que dans un milieu de soins.

Cadre réglementaire

Décret n° 2-94-20 (22 joumada II 1416) 16 novembre 1995 Article Premier : **(modifié par décret n° 2-01-2023 du 4 septembre 2002, art 1er)**

La détermination de tout groupe sanguin doit être faite dans les conditions ci-après :

- sur deux prélèvements faits à 24 heures d'intervalle ;
- avec deux lots de réactifs ;
- par deux techniciens différents ;
- selon deux techniques différentes ;

Cadre réglementaire

- Article 15 : On entend par “ milieu de soins ”, visé à l'article 10 de la loi n° 03-94 précitée, les centres hospitaliers, les hôpitaux, les maisons d'accouchement médicalisées et les cliniques.

- Article 16 : Toute poche de sang total ou culot globulaire est accompagnée d'une carte de contrôle prétransfusionnel pour exécuter les épreuves de compatibilité dans le système ABO au lit du malade.

- L'épreuve de compatibilité est obligatoirement effectuée avant la transfusion de chaque poche de sang.

- La carte susvisée doit être conservée dans le dossier du malade.

Rôle de l'infirmier

L'infirmier occupe une place capitale dans ce processus:

- Garantit la sécurité de l'étape pré analytique
- Repère les erreurs survenues en amont lors des vérifications pré transfusionnelles
- Prévient les effets indésirables en veillant au respect des procédures
- -Assure un suivi rigoureux du patient transfusé

Demande d’examens IH (1)

C’est une prescription médicale

- **. Identification du patient** : nom, prénom, sexe, date naissance, identifiant (si existe)
- **. Identification du médecin prescripteur** et signature
- **. Date** de prescription
- **. Identification du préleveur**, qualité, signature
- **. Date et heure** du prélèvement

Demande d’examens IH (2)

Sécurité du prélèvement du patient ++++

- faire décliner identité au préleveur
- étiquetage du tube immédiatement après prélèvement et en présence du patient

Jamais à l’avance ou à posteriori en poste de soins

Demande d’examens IH (3)

Groupage sanguin valide:

- 2 déterminations
- 2 actes de prélèvements à des moments différents
- 2 préleveurs différents si possible

Groupage ABO-RH1 + phénotype RH-KEL1

La recherche d’agglutinines irrégulières (RAI):

validité habituelle 3 jours

Cas clinique (1)

- 2 patients X et Y hospitalisés dans le même service
- Prélèvement des 2 patients pour groupage (bilan pré - opératoire) et demande de PSL à J0
- Patient X transfusé en per opératoire par des CGR A positif
- Hémorragie en nappe, CIVD puis décès du patient

Cas clinique (2)

Enquête hémovigilance:

- **-** Contrôle de groupe de X: B positif
- **-** Contrôle des prélèvements de J0:

Patient X : A positif/ Patient Y B positif

Il y’a eu Inversion des tubes des 2 patients

Cause:

- non respect de l’étiquetage des prélèvements au lit du malade
- Non respect de la règle de 2 prélèvements distincts pour la détermination du groupe

La prescription de PSL (1)

Engage la responsabilité du prescripteur

Etablie sur un document pré-imprimé et doit comporter

- • L’identification et la signature du médecin prescripteur
- • La date de la prescription
- • L’identification de l’établissement de santé demandeur et du service
- • L’identification complète du patient : nom , prénom(s), date de naissance, sexe, identifiant s’il existe

La prescription de PSL (2)

Doit comporter:

- Le type, la quantité, la qualification et la (les) transformation(s) des PSL
- La date et l'heure souhaitées pour la délivrance des produits
- Le degré d'urgence transfusionnelle

Prescription de PSL

L’infirmier vérifie:

- la présence de résultats de groupage sanguin et de RAI valides
- la concordance totale entre l’identification du patient figurant sur les différents documents :dossier transfusionnel, ordonnance, résultats IH.
- la conformité du remplissage des items obligatoires et la signature par le prescripteur ;
- fait parvenir la prescription et les documents joints selon la procédure en vigueur dans l’établissement de soin

Réception des PSL (1)

Conformité de réception:

- Intégrité du colis
- Respect des conditions d'hygiène et de transport
- Correspondance avec le lieu de livraison noté sur le bordereau de délivrance
- Conformité des produits réceptionnés avec ceux demandés

Réception des PSL (2)

Conformité du produit:

- Nombre, nature des PSL
- Concordance avec prescription
- Groupe sanguin et qualification des PSL
- **Concordance groupe** ABO Rh(D) du PSL à Transfuser et du receveur
- Intégrité des poches, date péremption

Réception des PSL (3)

Importance de la Fiche de Distribution nominative (FDN)

Regroupe identité patient et identification PSL pour ce patient

Toute discordance ou anomalie

⇓

Contact avec site de distribution

Acte transfusionnel (1)

- Acte médical
- La réalisation peut être déléguée au personnel infirmier , sous la responsabilité d’un médecin,
- Ne peut être effectué que si le médecin est joignable et disponible à tout moment pour intervenir en cas de nécessité

Acte transfusionnel (2)

Sécurité repose sur:

- **unité de lieu** : CUPT effectué au lit du patient
- **unité de temps** : contrôle simultané de l'identification du receveur et du PSL à transfuser
- **unité d'action** : tous les contrôles réalisés par une même personne

Les interruptions de tâche sont des sources majeures d'erreurs au cours des soins.

Acte transfusionnel (3)

Vérifier les documents:

- La prescription médicale
- La fiche de délivrance
- Le dossier transfusionnel (carte de groupe valide, RAI valide)

Préparer le matériel:

- Dispositifs de transfusion
- Dispositif de contrôle ultime pour concentrés globulaires

Acte transfusionnel (4)

préparation du patient en vérifiant:

- Son identité
- Ses constantes initiales (pouls, tension artérielle, température, fréquence respiratoire)
- La disponibilité d’une voie veineuse réservée à la transfusion
- La présence du médecin à proximité. Si le médecin doit s’absenter, il doit prévenir le médecin de garde.

Acte transfusionnel (5)

Contrôle ultime pré transfusionnel CUPT:

Dernier verrou de sécurité

- **• Toujours en présence du patient =au lit du patient**
- **• 2 étapes**
  - Contrôle ultime de concordance documentaire (quelque soit le type de PSL)
  - Contrôle ultime de compatibilité biologique (spécifique pour les CGR)

Acte transfusionnel (6)

Contrôle de compatibilité biologique:

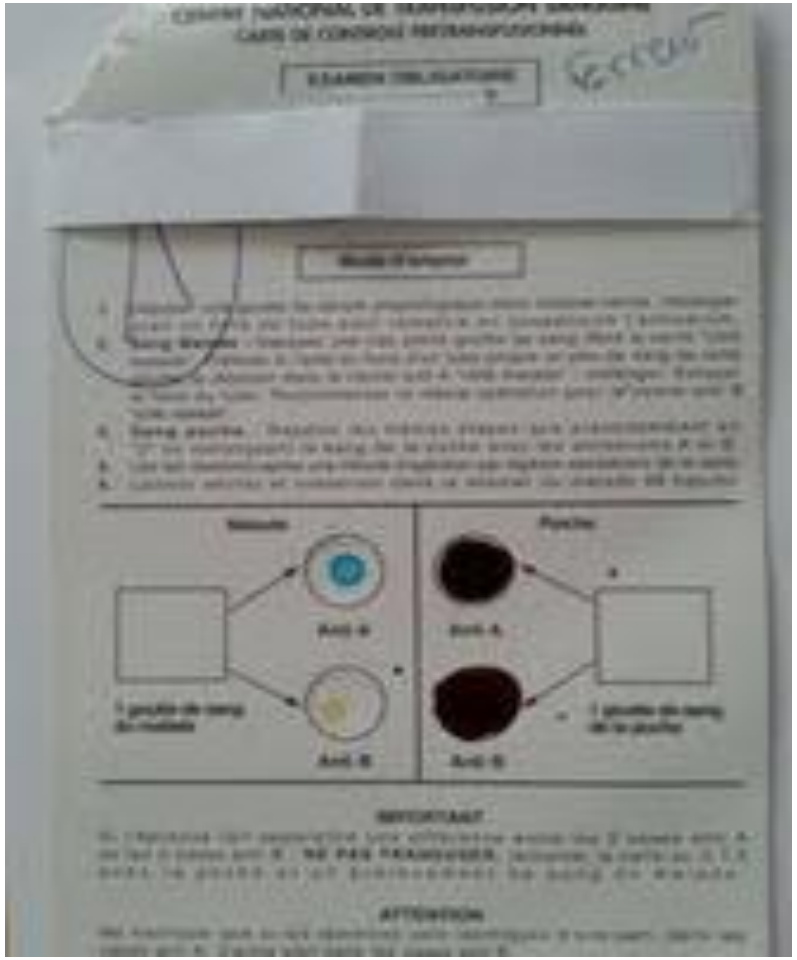
- réalisation et interprétation des tests de contrôle ultime pour chaque unité transfusée
- Compléter l'identité patient, opérateur, identification du CGR, et le compte rendu du contrôle ultime de compatibilité
- Règles de compatibilité immunologique entre le patient et le CGR
- A réaliser même en cas d'urgence vitale

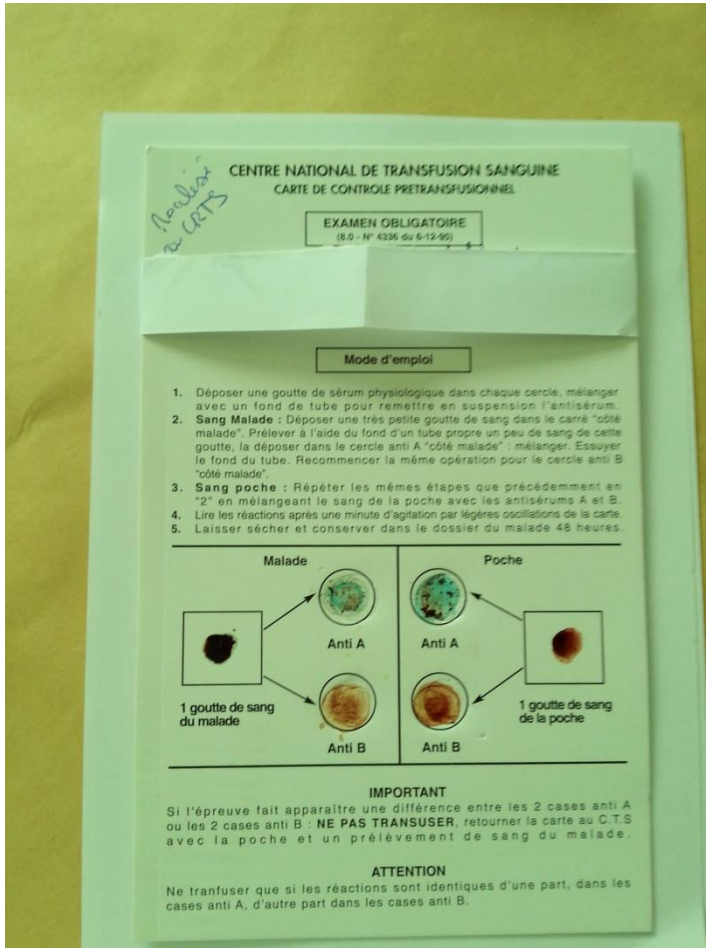
Acte transfusionnel (7)

des erreurs de manipulations :

- trop de sang
- trop de sérum physiologique
- pas assez de sang
- pas de sérum physiologique
- sang déposé sur les sérums tests
- utilisation d’eau distillée
- confusion donneur/receveur
- agitateur pas ou mal essuyé.

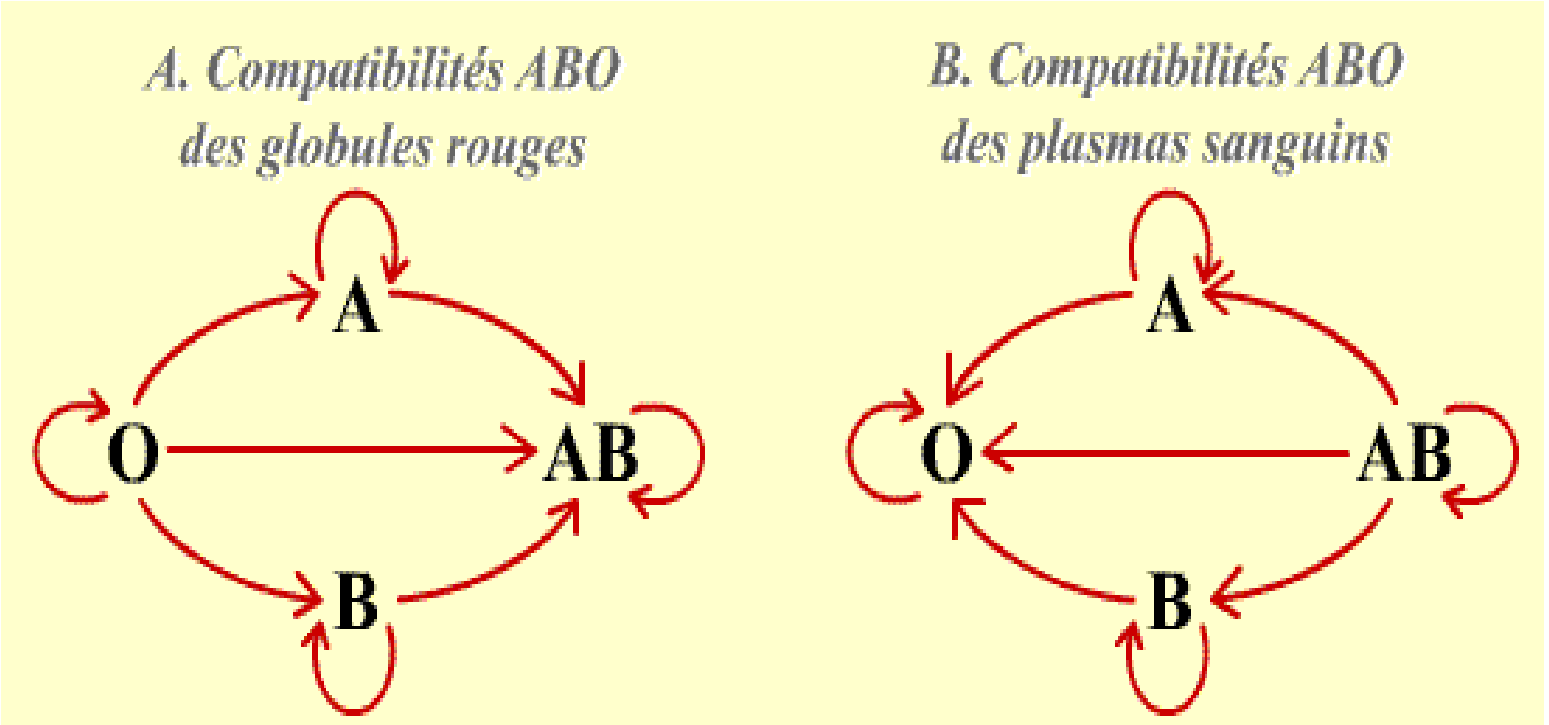
Acte transfusionnel (7)





Acte transfusionnel (8)

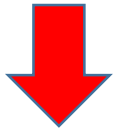
Règles de compatibilité:



Acte transfusionnel (9)

Toute discordance, non conformité, difficulté ou doute sur:

- le contrôle de concordance
- le contrôle de compatibilité



- **suspendre** l'acte transfusionnel
- contacter le médecin responsable de la transfusion
- Contacter si nécessaire le médecin responsable du conseil transfusionnel

Acte transfusionnel (10)

- Doit débuter au plus tard dans les six heures suivant la réception.
- Surveillance attentive et continue dans les 15 premières minutes puis régulière par la suite
- Documents, produits et matériel de transfusion conservés au moins 2 heures après la fin de la transfusion
- Si effet indésirable, arrêter la transfusion et informer immédiatement le médecin

Délai de pose après réception

- CGR:
  - À organiser au mieux dès réception, sans dépasser 6 heures après réception.
  - Tenir compte du nombre de PSL à transfuser et de la clinique du patient.
- Plaquettes Dés réception.
- Plasma Le plus rapidement possible

Surveillance de la transfusion

Dépistage de signes d'alerte évocateurs d'un effet indésirable

- Modification des paramètres vitaux (FC/PA/FR)
- Frissons
- Hyperthermie/hypothermie
- Dyspnée, toux
- Angoisse
- Douleurs lombaires, abdominales
- Nausées / vomissements
- Troubles cutanés : prurit…
- Urines rouges
- Saignements diffus (points de ponction, pansement…)

Surveillance de la transfusion

Devant toute anomalie :

- Arrêter la transfusion ;
- Garder la voie d'abord ;
- Alerter le médecin pour une prise en charge immédiate du patient ;
- Prévenir le site transfusionnel ou le dépôt de sang.

Selon les consignes données par le médecin :

- Prélever les examens prescrits ;
- Adresser au centre de transfusion la ou les poches de PSL, en cours ou terminées, munies de leur tubulure clampée, bouchée, et avec un nœud à chaque extrémité ;
- Poursuivre la surveillance clinique

Surveillance de la transfusion

Après la transfusion:

- Surveillance clinique immédiate dans les 2heures qui suivent
- Surveillance biologique à distance

  RAI : 8-15 jours, 1 à 3 mois
- Garder la carte de contrôle ultime emballée et les poches au poste de soins (au moins 2h)
- Envoyer la fiche de confirmation de la transfusion au centre de transfusion(traçabilité)

La traçabilité et la documentation

Dossier transfusionnel comprend:

- **Documents indispensables à la réalisation de l'acte transfusionnel:**
  - Groupage sanguin valide (groupe + phénotype Rh-K)
  - RAI et historique des allo-anticorps éventuels
  - Protocoles transfusionnels avec qualification requise des PSL
- **Historique transfusionnel**
  - Chronologie des épisodes transfusionnels avec identification des PSL
  - Prescriptions et FDN
  - Résultat du CUPT (partie écrite ou notification)
  - Fiches d'incidents transfusionnels éventuels
  - Examens sérologiques pré/post-transfusionnels si réalisés
  - Antécédents de transfusion
  - Antécédents immunologiques (grossesse, greffe)
  - Éléments relatifs à l'information du patient

Hémovigilance

- Signalement de tout effet inattendu ou indésirable lié ou susceptible d'être lié au produit sanguin

- Recueil, conservation et accessibilité aux informations relatives au produit, du prélèvement jusqu'à l'utilisation et aux effets indésirables

- Evaluation et exploitation des informations pour prévenir la survenue des effets indésirables

:

Sécurité transfusionnelle

- Transfusion efficace
- Transfusion tolérée
- Protéger le devenir transfusionnel à court, moyen et long terme

Eléments clé assuré par l'infirmier(e)

Conclusion

- Rôle capital de l’infirmier(e) dans le processus transfusionnel
- Accompagnateur du patient pour réussir cet acte parfois délicat
- l’actualisation régulière des connaissances, permet à chaque infirmier(e) de transfuser en toute sécurité.

perspectives

Le CRTS de Rabat vous ouvre ces portes pour toute demande de perfectionnement ou de formation.

Implication des compétences du CRTS dans les programmes de formation continue

Service d'oncologie médical CHU HASSAN II FES

2012-2013

7éme Journée Scientifique de l'AMIC
25 Mai 2013

A.M.I.C

Le plan

- Problématique
- Question de la recherche
- But de la recherche
- cadre de référence
- Recension des écris

I- douleur

II- évaluation de la douleur

III-traitement pharmacologique de la douleur

Problématique

problématique

- ***La douleur est un problème auquel la population est confronté au quotidien, quelle que soit la société retient plus en plus d'attention.***

- ***En oncologie la douleur représente un motif très fréquent de consultation:***

-(30 à 45% des malades présentent des douleurs au moment du diagnostic et aux stades précoces du cancer,

-versus 75% en moyenne aux stade avancé).

Problématique(suite)

▪***Les infirmiers jouent un rôle vital, pour ce qui concerne les soins aux patients atteints de douleur cancéreuse:***

✓***Diagnostic.***

✓***Traitement.***

✓***Evaluation.***

✓***Surveillance*.**

→ ***Connaissance et compétence spéciale***

Problématique(suite)

- ***Le centre d'oncologie médicale CHU HASSANE II de FES:***

✓***nouvellement construit.***

✓***Personnels nouvellement recrutés.***

✓***Insuffisamment formés.***

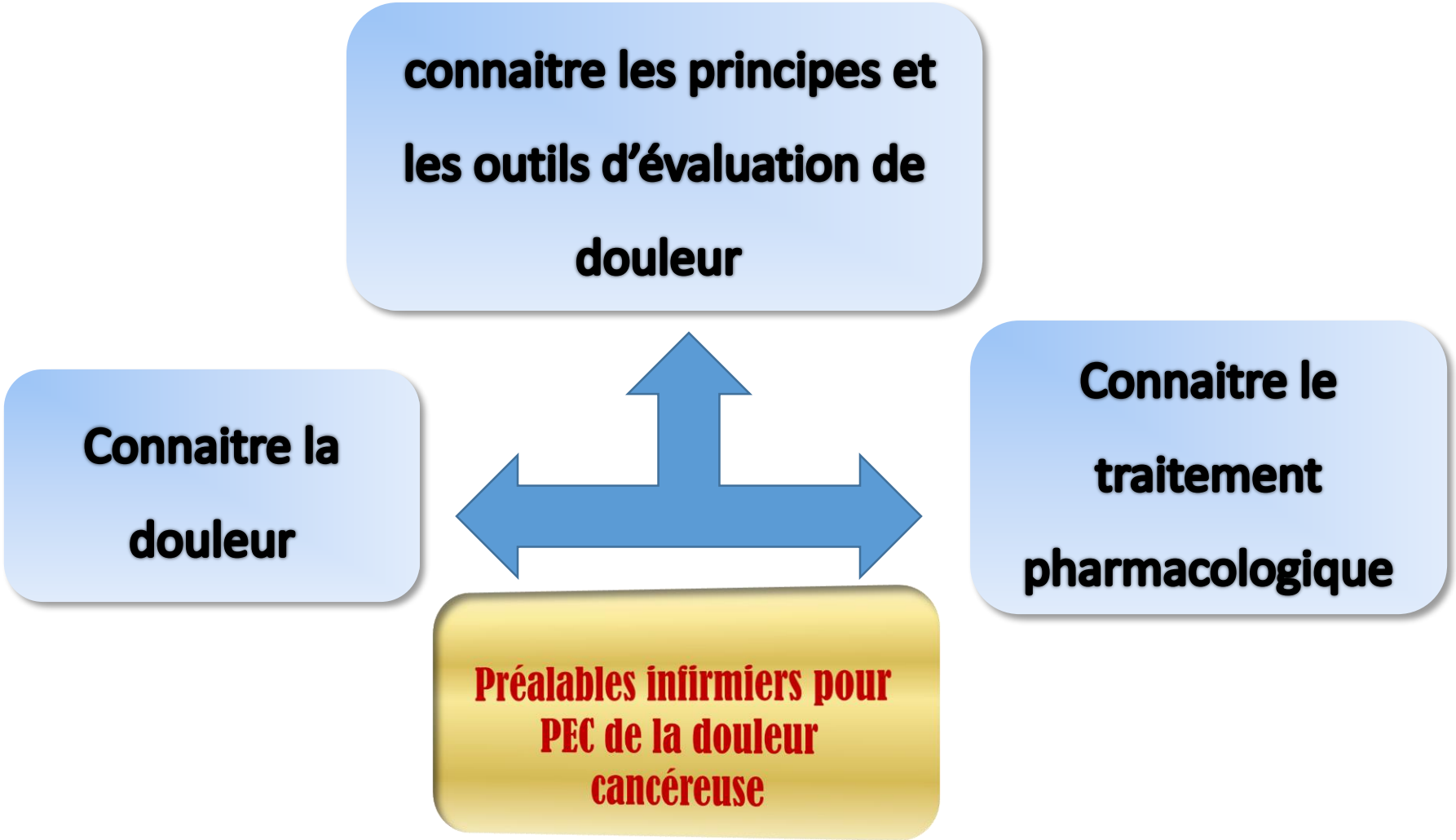
Question de la recherche

Quels sont les préalables infirmier pour la prise en charge de la douleur cancéreuse dans le service d'oncologie médical, CHU Hassan II de Fès2012_2013?

But de la recherche

Définir les préalables infirmiers pour la prise en charge de la douleur cancéreuse, et la mise en place d'une fiche infirmier, dans le service d'oncologie médical CHU Hassan II de Fès.

Cadre de référence



Recension des écris

I.LA DOULEUR

La douleur est un phénomène complexe et subjectif

I. Classification selon Le mécanisme physiopathologique (excès de nociception, Psychogène, neurogène):

DOULEURS PAR EXCES DE NOCICEPTION

❖ Conséquence d'une activation des terminaisons nociceptives par un processus pathologique. Elles peuvent être somatiques et/viscérales:

❖Les douleurs somatiques (peau, muscles, squelette) : continues, bien localisées, décrites comme une sensation de pesanteur, de distension, de contusion et facilement reproductibles par la mobilisation et la palpation;

❖ Les douleurs viscérales : difficiles à localisées, souvent projetées (perçues à distance du viscère atteint), décrites comme étant tranchantes, en crampe ou colique, comme un poids ou en étau, irradiants...

Douleur psychogène:

- Origine sine materia

- Tableau atypique

- Facteurs psycho-pathologiques comme conversion hystérique, somatisation d ’un désordre émotionnel, hypochondrie

DOULEURS NEUROPATHIQUES

❖ Secondaires à une atteinte ou un dysfonctionnement du système nerveux central et/ou périphérique;

❖ Décrites comme des dysesthésies douloureuses continues (brûlures, picotements) et/ou des dysesthésies paroxystiques (décharge électrique, douleur lancinante);

DOULEURS MIXTES

- le patient peut présenter à la fois des douleurs par excès de nociception, des douleurs neuropathiques et/ou des douleur psychogènes.

LA DOULEUR CANCEREUSE

Connaître les principaux syndrômes douloureux rencontrés au cours de la maladie

Douleurs liées à l'extension tumorale:

- Les douleurs osseuses ;
- Les douleurs liées à des lésions néoplasiques ;
- Les douleurs viscérales ;
- Les atteintes du système nerveux central;
- Les douleurs dues à la sécrétion de substances anormales;

Douleurs liées aux thérapeutiques:

- Les douleurs post chimiothérapiques
- Les douleurs postradiothérapiques
- Les douleurs post chirurgicales

LA DOULEUR CANCEREUSE (SUITE)

- **<u>Les douleurs « nosocomiales »:</u>**

Ces douleurs sont induites par le personnel médical et paramédical lors de soins tels que les ponctions, les biopsies, les examens radiologiques...

II. Classification selon La durée d'évolution (aiguë, chronique).

➢DOULEURS AIGÜES

- Durée : < à 3 mois;

- Origine : elles relèvent toujours d'un dégât tissulaire et témoignent de la stimulation nociceptive qu'il provoque;

- Caractéristiques : manifestations neuro-végétatives (tachycardie, HTA, sudation...), engendrent de l'anxiété;

- Douleurs rapidement soulagées par un traitement antalgique simple;

DOULEURS CHRONIQUES

- Durée : > à 3 mois;

- Origine : Elles sont plurifactoriels c'est-à-dire qu'elles peuvent relever d'une stimulation nociceptive durable et/ou d'une lésion du système nerveux et/ou d'une psychopathologie;

- Caractéristiques : peu ou pas de manifestations neurovégétatives. Elles ont souvent un retentissement sévère au niveau cognitif, émotionnel et fonctionnel (approche à la fois somatique et psycho-social);

- Douleurs difficiles à soulager et le traitement se fait sur du long terme;

II.EVALUATION DE LA DOULEUR

EVALUATION DE LA DOULEUR

- Indissociable de l'approche globale de la personne atteinte de cancer.

- **c’est une Pratique complexe de la prise en charge de l'infirmière**

- Le patient est le seul expert pour évaluer sa douleur.

- Expression d’une douleur → EVALUATION.

- pour évaluer la douleur → préalables de bases.

POURQUOI EVALUER LA DOULEUR ?

- Identifier les malades douloureux;

- Améliorer la communication et la relation entre patient/soignants

Valeur relationnelle importante pour le patient qui se sent reconnu dans sa plainte

- Prendre la décision thérapeutique adaptée;

- Contrôler l'efficacité des traitements instaurés;

- Avoir une cotation de base et une trace d'évaluation de la douleur dans le dossier patient;

OBJECTIFS DE L'EVALUATION

- Déterminer l’étendue et la cause des lésions
- Identifier les mécanismes physiopathologiques
- Déterminer le type et l'intensité de la douleur
- Identifier les facteurs contributifs: Co-morbidité, facteurs psycho-sociaux
- Evaluer l'impact de la douleur sur la qualité de vie du patient
- Déterminer des facteurs de complexité (effets secondaires, addiction à la morphine, douleurs réfractaire aux antalgiques)
- Trouver le traitement antalgique efficace

QUAND EVALUER LA DOULEUR ?

- **<u>Dès qu'un patient exprime une douleur</u>**
- A l'arrivée du patient dans un service, en consultation;
- Au moins une fois par équipe (elle peut se faire lors de la prise des signes vitaux);
- Dans l'heure qui suit l'instauration ou la modification d'un traitement antalgique pour voir l'efficacité de celui-ci;
- Avant et après chaque administration d'antalgique;
- avant, pendant et après tous gestes/mobilisation/ examens potentiellement douloureux

COMMENT EVALUER LA DOULEUR ?

➢ La qualité de l'évaluation de la douleur repose sur la richesse des informations recueillis auprès du patient;

➢ C'est une démarche d'équipe;

➢ L'évaluation initiale comporte trois composantes essentielles:

✓Une évaluation qualitative
✓Une évaluation quantitative
✓Une évaluation multidimensionnelle

L'EVALUATION QUALITATIVE (1)

Entretien dont l'objectif est de recueillir un maximum d'informations sur la douleur:

➢ **Histoire de la maladie cancéreuse : connaissance du patient** quant à sa maladie, la découverte de celle-ci, et son vécu.

➢ **Histoire de la douleur : date d'apparition, modalités** d'apparition, l'évolution dans le temps, existence d'un traitement antalgique antérieur (efficacité, tolérance).

➢ **Localisation de la douleur : demander au patient de montrer** l'endroit où il ressent la douleur, est elle irradiante ?utiliser un schéma corporel.

L'EVALUATION QUALITATIVE (2)

➢ **Caractéristiques de la douleur : demander au patient de** décrire avec ses propres mots la douleur qu'il ressent, si besoin l'aider en lui suggérant des qualificatifs tels que brûlures, décharge électrique...

➢ **Périodicité de la douleur : quand a-t-il mal (horaires) ?**

Combien de temps ? Existe-t-il des douleurs incidentes ?

L'EVALUATION QUALITATIVE (3)

➢**Facteurs déclenchant et/ou aggravants : chaud, froid,** activités...

➢**Facteurs de soulagement : position, massage, l'écoute...**

➢**Retentissement sur les activités de la vie quotidienne et la qualité de vie : trouble du sommeil, perte de l'appétit, isolement** social, difficultés familiales, impact sur l'activité professionnelle et extra professionnelle...

L'EVALUATION QUANTITATIVE:

Elle vise en toute logique à **quantifier l'intensité de la douleur.**

• Lors de cette évaluation, le patient est interrogé sur :

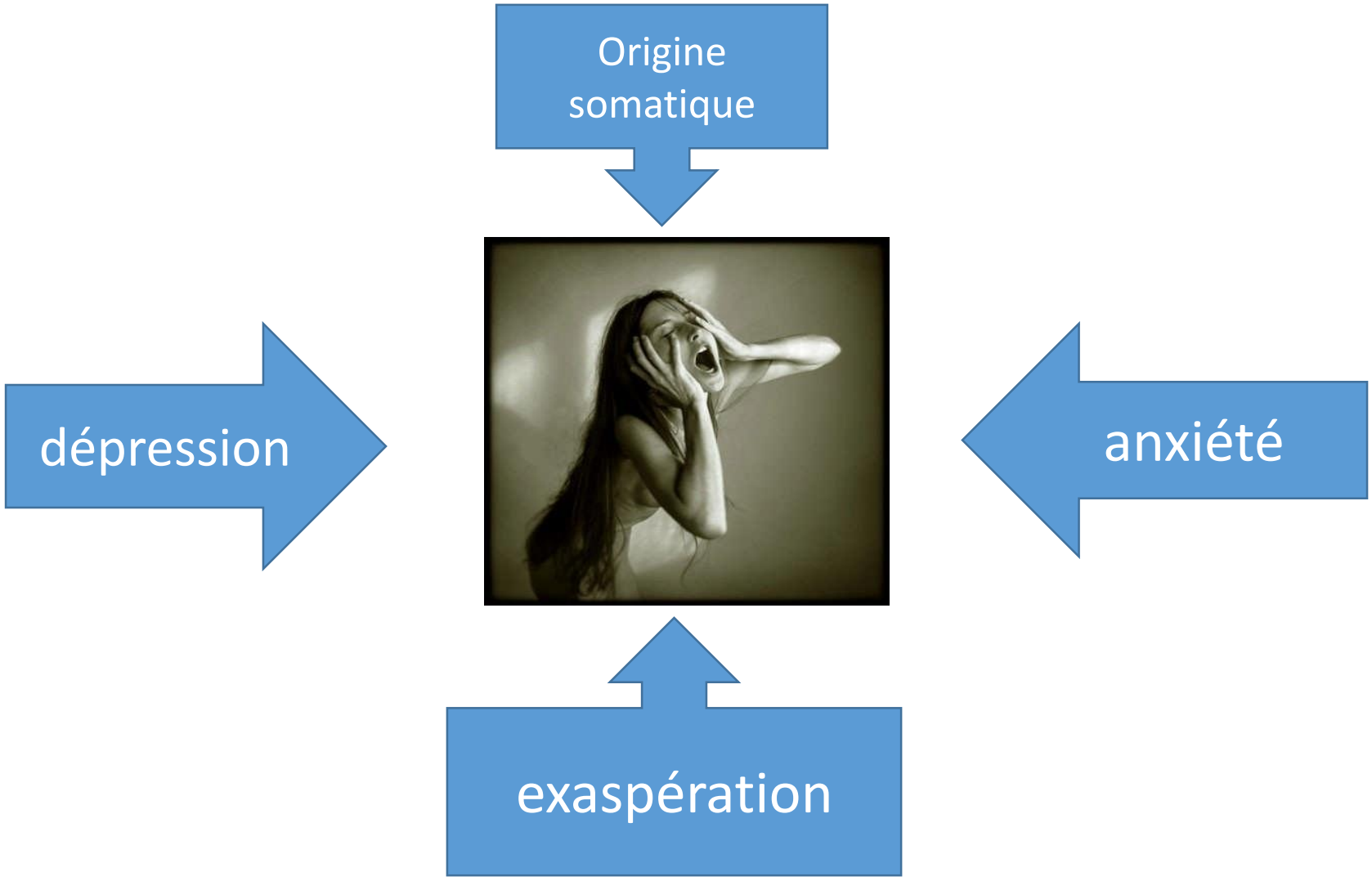
- L'intensité de sa douleur au moment de l'évaluation;
- L'intensité de sa douleur habituelle;
- L'intensité la plus forte de ces derniers jours;

• Par le patient lui même (**auto-évaluation): à l'aide d'une échelle** soit visuelle analogique (EVA), soit numérique (EN), soit verbale (EV).

• Si le patient est dans l'incapacité de s'auto-évaluer alors le soignant aura recours à des outils d'**hétéro-évaluation**

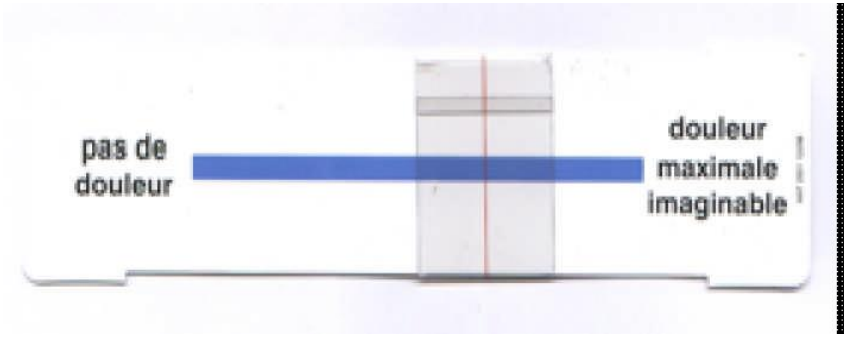
L'EVALUATION MULTIDIMENSIONNELLE

La souffrance totale



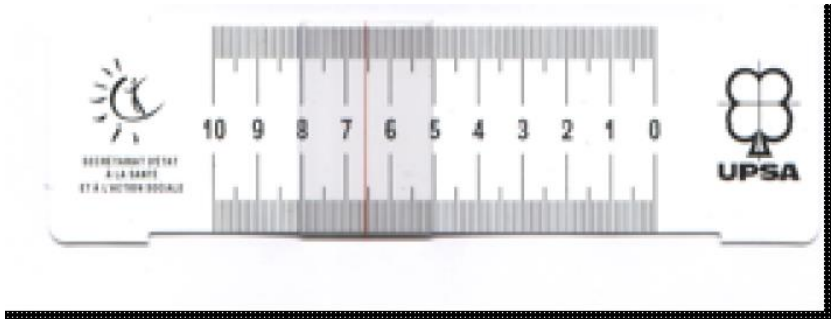
OUTILS D'AUTO-EVALUATION (1)

• **Echelle Visuelle Analogique(EVA):**



- Réglette à présenter horizontalement en montrant le côté sans chiffres;

-Expliquer que la réglette représente l'intensité de la douleur, avec pas de douleur d'un coté et douleur maximale imaginable de l'autre:



- Déplacer le curseur pendant votre explication pour illustrer vos propos.

-Toujours replacer le curseur sur 0 avant demander : " Pouvez-vous me montrer l'intensité actuelle de votre douleur? »

OUTILS D'AUTO-EVALUATION (2)

- **Echelle Numérique(EN):**

Pas de Douleur Douleur Maximale

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sur une échelle de 0 à 10 où 0 signifie pas de douleur et 10 signifie la douleur maximale imaginable, à combien coteriez vous votre douleur actuelle ?

OUTILS D’AUTO-EVALUATION (3)

•Echelle Verbale Simple(EVS):

Demander au patient le niveau de sa douleur à l'instant présent en lui citant les différents niveaux d'intensité suivants :

0 : Pas de douleur
1 : Douleur faible
2 : Douleur modérée
3 : Douleur intense
4 : Douleur extrêmement intense

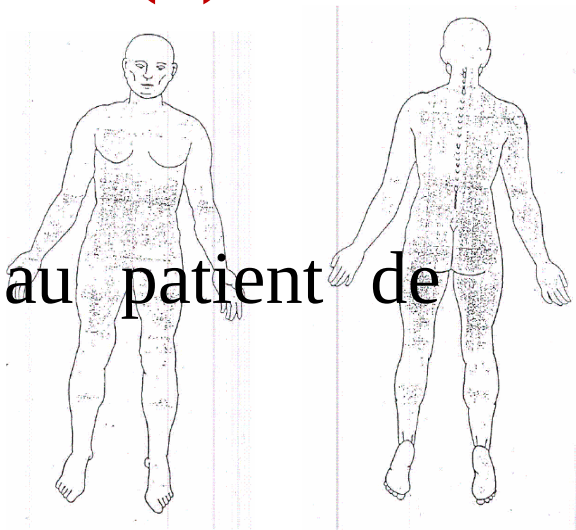
OUTILS D'AUTO-EVALUATION (4)

- les échelles multidimensionnelles

Surtout utilisées dans le cadre des douleurs chroniques.

- Elles prennent en compte les différentes composantes de la douleur
- Ex. : questionnaires qualitatifs comme le MPQ, le QDSA.
- Leur fiabilité dépend de la faculté verbale et de la compréhension des patients.

OUTILS D'AUTO-EVALUATION(5)



•les échelles topographiques

Utilisation de schémas permettant au patient de localiser sa douleur.

•les échelles de qualité de vie

Evaluer les répercussions de la douleur sur la vie professionnelle, quotidienne, autonomie, plaisir, sommeil …

OUTILS D'EVALUATION (5)

échelles d'hétéro-évaluation:

• Echelles comportementales
• Utilisées quand le patient ne sait ou ne peut plus s’exprimer
• Elles nous permettent d ’évaluer la modification des paramètres physiologiques et comportementaux liés à la douleur

EX: **Doloplus** et **Algoplus:**

Facteurs favorisant une bonne prise en charge de la douleur :

- La formation des professionnels de santé à la douleur (initiale et continue) :
  - Sensibilisation plus importante,
  - Développement de savoir et compétences
- La prise en charge de la douleur en équipe pluridisciplinaire:
  - Mutualisation des savoirs,
  - Partage des informations,
  - Protocolisation, prescriptions anticipées.
- L'information des patients:
  - Partenariat avec le patient,
  - Éducation du patient et/ou aidant
  - Confiance , valorisation,

III.TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE

LES ANTALGIQUES GENERALITES

LES MEDICAMENTS ANTALGIQUES:

•ou analgésiques sont destinés à atténuer, ou abolir les sensations douloureuses sans provoquer de perte de la conscience ni supprimer les autres sensibilités.

•Traitement symptomatique

•Délai d’action 30 à 60 minutes per os, plus rapide par voie parentérale.

LES ANTALGIQUES GENERALITES (suite)

On distingue:

- les analgésique morphiniques d’action central qui agissent sur les récepteurs opioïdes

- Les analgésiques non morphiniques qui n’agissent pas sur les récepteurs opioïdes (absence d’effets toxicomagéne).

ADJUVANTS OU COANTALGIQUES

• plusieurs familles pharmacologiques peuvent être utilisées comme adjuvants au pouvoir limité:

- les antidépresseurs tricycliques
- Les AINS
- Les glucocorticoïdes
- les tranquillisants et les neuroleptiques, et les benzodiazépines
- Les antispasmodiques musculotropes
- Les antiépileptiques

- dans le cadre de la douleur, l'OMS propose un schéma posologique progressif:

➢ palier I: en 1ére intention si inefficace- si échec passer au niveau supérieur

➢ palier II: si persistance de la douleur, et en cas d'échec avec un antalgique périphériques .

➢ palier III : correspond à la nécessité d'utiliser la morphine.

- les association ne seront effectuées que dans le cadre d'une synergie d'action

les Antalgiques du palier I:

Ils sont classés en 3 classes pharmacologique:

- les analgésiques purs: néfopam: Acupan
- Les analgésiques antipyrétique: le paracétamol
- Les AINS

❖ INDICATIONS:

▪Douleur de type: céphalées, dentaires, musculaires, ostéo-articulaire, dysménorrhées, coliques hépatiques, néphrétiques.

❖ MODE D'ACTION:

▪Ils diminuent la sensibilité à la douleur, en inhibant la production des prostaglandines, inappliquées dans la douleur, inflammation et hyperthermie.

Les antalgiques du palier II

Ce sont des antalgiques centraux faibles ils sont représentés:

- la codéine ou méthylmorphine
- Tramadol

indication:

douleur moyenne à intense, et en cas de persistance de la douleur avec un antalgique du palier I.

Effets indésirables	surveillance
-somnolence, vertige -nausée, constipation -troubles atropiniques(tachycardie, sécheresse buccal, constipation, rétention urinaire	-état générale -constantes -régime riche fibres -hydratation

les antalgique du palier III

Les antalgiques opioïdes sont classés selon leurs action, au niveau des récepteurs opioïdes en 3 classes sont:

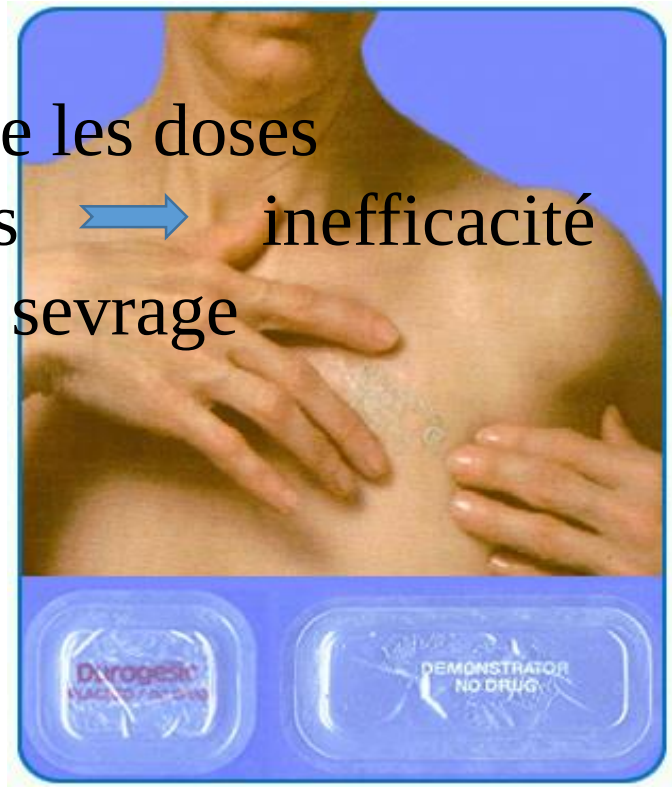
1. Les agonistes purs:
   comme la morphine se fixent directement sur les récepteurs opioïdes, et reproduisent tous les effets de la morphine, en augmentant les doses on peut obtenir un effet maximal.

Les antalgiques de palier III (suite)

2. les agonistes/antagonistes ou agonistes partiels:

- ❑ Efficacité limitée
- ❑Effet plafond même si on augmente les doses
- ❑Ne pas associés à des agoniste purs ⟹ inefficacité thérapeutique, voire un syndrome de sevrage

EX: -buprenirphine: temgesic
- nalbuphine: nubain



Les antalgiques de palier III (suite)

3. les antagonistes:

❑ ils ce fixent sur les récepteurs opioïdes, mais ne l'activent pas, et empêchent les agonistes d'agir

EX: NALOXONE: est un antagoniste; c'est l'antidote de la morphine en cas d'intoxication

Morphine effets secondaires et surveillance

TOXICITE	-dépression respiratoire -sommeil profond -myosis -hypotension	-surveillance de E.G -adaptation posologique
NEURO-VEGETATIFS	-troubles atropiniques (tachycardie, sécheresse buccal, constipation, rétention urinaire	-surveillance de TA -alitement strict -gomme à mâcher -lavage de la bouche -régime riche en fibres -hydratation

CONCLUSION

L’évaluation de la douleur cancéreuse par l’infirmier:

- **Avoir les connaissances de base.**
- **Reconnaitre les patients douloureux.**
- **Utiliser le bon outils, pour le bon patient.**

REFERENCE

- Vantomme Patrick, septembre 2002 prise en charge de la douleur rôle infirmier
- Mme PELLETIER, IDE à l'IGR, 2010, évaluation de la douleur par l’infirmier en cancérologie
- Les antalgiques, pharmacologie, E. Montagnac
- Les antalgiques, Dr. Nicolas Saffon, équipe Resomance lits soins palliatifs

Merci de votre attention

LES REFLEXES ANTICANCER AU QUOTIDIEN

MME OUZNAOUI AKILA cadre principale

7éme Journée Scientifique de l'AMIC
25 Mai 2013

A.M.I.C

INTRODUCTION

LISTES DES PETITS ET GRANDS

TRANSFORMATEUR DE VIE

SE PROTEGER

- Eviter les produits chimiques industriels :
- Aérer les vêtements après le nettoyage à sec
- Eviter les pesticides et insecticides
- Eviter les produits de nettoyage chimiques
- Eviter l’aluminium sur la peau
- Eviter les parabènes et les pH talâtes dans les cosmétiques
- Eviter les produits de soin contenants des oestrogénes,ou des hormones placentaires

MANGER

- MANGER BIO: viande,oeeufs produit laitiers

- REEQUILIBRER SON ALIMENTATION:

  Réduire le sucre les farines blanches,huile de tournesol, de mais,de soja, margarine, graisses hydrogénées,graisse animales non bio.
- Augmenter les sources d'oméga_3:poissons, crustacés.
- Augmenter les aliments anti_cancer :curcuma

BOUGER

- Faire 20à30 minutes d’activité physique quotidienne.

- Prendre le soleil 20minutes par jour si possible: fabrique de la vitamine D

MEDITER

- Pratiquer une méthode de centrage sur soi et d’apaisement:yoga_priére_méditation.
- libérer du sentiment d’impuissance:
- Résourdre les traumatimes du passé
- Apprendre à accueillir ses émotions:y compris la peur,la tristesse,le désespoir,la colére.
- Apprendre à laisser ses émotions se dissiper
- Trouver une personne avec qui on peut partager ses émotions

CE QUI INHIBE ET CE QUI ENCOURAGE LES CELLULES IMMUNITAIRES

INHIBE

- Régime occidentale traditionnel
- Emotions rentrées
- Isolement social
- Négation de sa identité
- Sédentarité

ENCOURAGE

- Régime méditérranéen,cuisine
- Emotions éxprimés
- Soutien de l’entourage
- Acceptation de soi
- Activité physique

L’inflammation joue un rôle clé dans la progression des cancers .
Nous pouvons agir pour la réduire dans notre organisme grâce à des moyens naturel à la portée de chacun

Facteurs d'aggravation

- Régime occidental
- Dépressions et sentiment d'impuissance
- Moins de 20mn /j activité physique
- Fumée de cigarette pollution atmosphérique

Facteurs de protection

- Régime méditerranéen
- Maitrise de sa vie, sérénité, légèreté
- 3O mn de marche 6 fois/semaine.
- Environnement propre

L alimentation anti cancer est constitué surtout de légumes (et légumes secs)accompagnés d’huile d’olive,,d’ail d’herbes et d’épices; et des fruits de saison.

Produits de consommation courante à éviter

- Perchloéthléne du nettoyage à sec.
- Déodorants avec anti transpirants contenant de l'aluminium.
- Cosmétiques lotions, shampoings, teintures contenant des œstrogènes..
- PH talâtes à éviter particulièrement DBP_DEHP
- Pesticides et insecticides dans la maison.
- *Poêles en téflon rayé.
- Produits de nettoyage contiennent des alylphénols(nonoxnol,octoxynol)

Remplacer par	• Aérer les vêtements nettoyés à sec • Préférer le nettoyage à humide
cosmétique BIO	• Déodorants naturels sans aluminium • Pas de parfum utiliser de l'eau de toilette
ECOLABEL	• Utiliser des récipients en verre ou céramique. • Surface en téflon intact ou poêles (acier inoxydable)

Certains aliments inhibent spécifiquement la croissance des cellules de certains cancers.
Le laboratoire du DR Béliveau a pu tester des extraits bruts de différents aliments contre les cellules de plusieurs cancers, ce qui permet de dresser une liste d’aliments à privilégier.

Résumé de l’alimentation détoxifiée

REDUIRE	REMPLACER PAR
Aliments à index glycémique élevé	Fruits, farines et féculents à index glycémique bas
Huiles hydrogénées ou huiles de tournosol_produits conventionnels (trop riche en oméga6	Huile d’olive, huile de lin et produits laitiers bio(équilibre entre oméga 6_oméga3
Viande rouge peau de volailles	Légumes, légumes sec, volailles
Eau de robinet danses régions d’agriculture(nitrates-pesticides)	Eau de robinet filtrée avec un filtre à carboneux en bouteille sans pvc.

- SOYONS TOUJOURS

PRES DE LA NATURE CAR

LA NATURE NOUS REND

HEUREUX ET

INTELLIGENT

Bilan d'activite de l'hopital de jour du centre regional d'oncologie Hassan II – Oujda 2006-2012

Mme SERHIR HAYAT
Infirmière

7éme Journée Scientifique de l'AMIC
25 Mai 2013

INTRODUCTION

L’incidence mesurée des cancers au Maroc est en augmentation constante ;

30500 NOUVEAUX CAS

- l’essor démographique
- Développement des capacités de diagnostic et de dépistage
- Exposition accrue à des facteurs de risque de cancer

OBJECTIF :

- Le partage et l'échange de l'expérience professionnelle entre différents centres d'oncologie ;

- Le renforcement des compétences des infirmiers au sein de leurs équipes ;

- La mise en valeur du rôle important que joue l'infirmier de l'hôpital de jour.

Historique :

- Réalisé dans le cadre d'un partenariat entre la fondation Mohamed V pour la solidarité, le ministère de la santé, l'agence de développement des provinces du nord et le conseil régional de l'oriental,

- le Centre régional HASSAN II est issu de la réhabilitation de l'ancien hôpital de la commune de sidi moussa Lamhaya.

C.R.O Hassan II

Historique :

- En Octobre 2006, le CRO Oujda et le complexe Achifaa ont été inaugurés par sa majesté le roi Mohamed VI, le premier centre régional de l'oriental permettant aux patients souffrants d'un cancer la possibilité d'être soignés près de chez eux.

- Le centre dessert une population de 2 millions d'habitants.

C.R.O Hassan II

Mer Méditerranée
Province de Berkane
Provine de Nador
Provine de Taourirt
Préfecture d'Oujda-Angad
Provine de Jerada
Région Taza-Taounate-Al Hoceima
Région Fès-Boulemane
Province de figuig
Algérie
Région Meknes- Tafillalet

Centre Régional d'Oncologie (3000 m²) :

1. Service d'hospitalisation (34 lits)

2. l'hôpital de jour (8 fauteuils)

3. Bloc opératoire (2 salles)

4. Salle de réveil (3 lits)

5. Service de radiothérapie (2 accélérateurs et un simulateur)

Hôpital du jour :

- Depuis lors, toute procédure thérapeutique se déroulant en moins de 8 heures, peut être réalisée à l'hôpital de jour.

- Les perfusions de longue durée, les transfusions sanguines et les actes techniques tel que les ponctions de liquide pleural ou d'ascite sont réalisés au service d'hospitalisation.

Hôpital du jour

- L’unité a été conçue en :

1. Une grande salle de traitement (8 Fauteuils);

2. Une salle de préparation(H.F.L.V);

3. Un bureau de l’infirmier chef du service.

RESSOURCES HUMAINES :

- 01 infirmière chef
- 01 infirmier pour la préparation
- 01 infirmière pour la surveillance

- 02 oncologues médicaux
- 02 médecins généralistes
- 01 professeur assistant

Hôpital du jour

- Plus de 4000 séances de chimiothérapie sont réalisées annuellement.

- Des traitements anticancéreux classiques, mais aussi des thérapies ciblées.

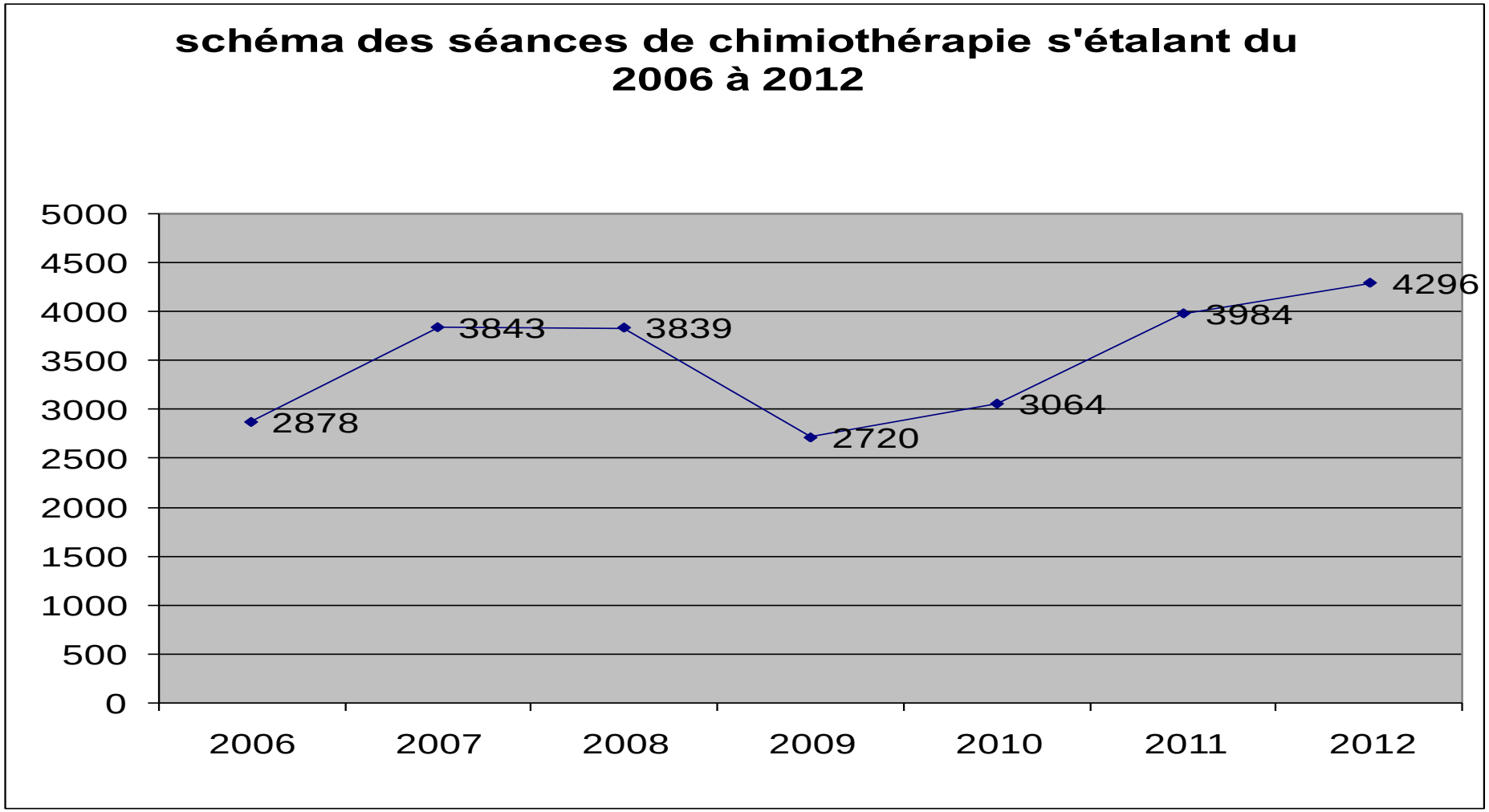
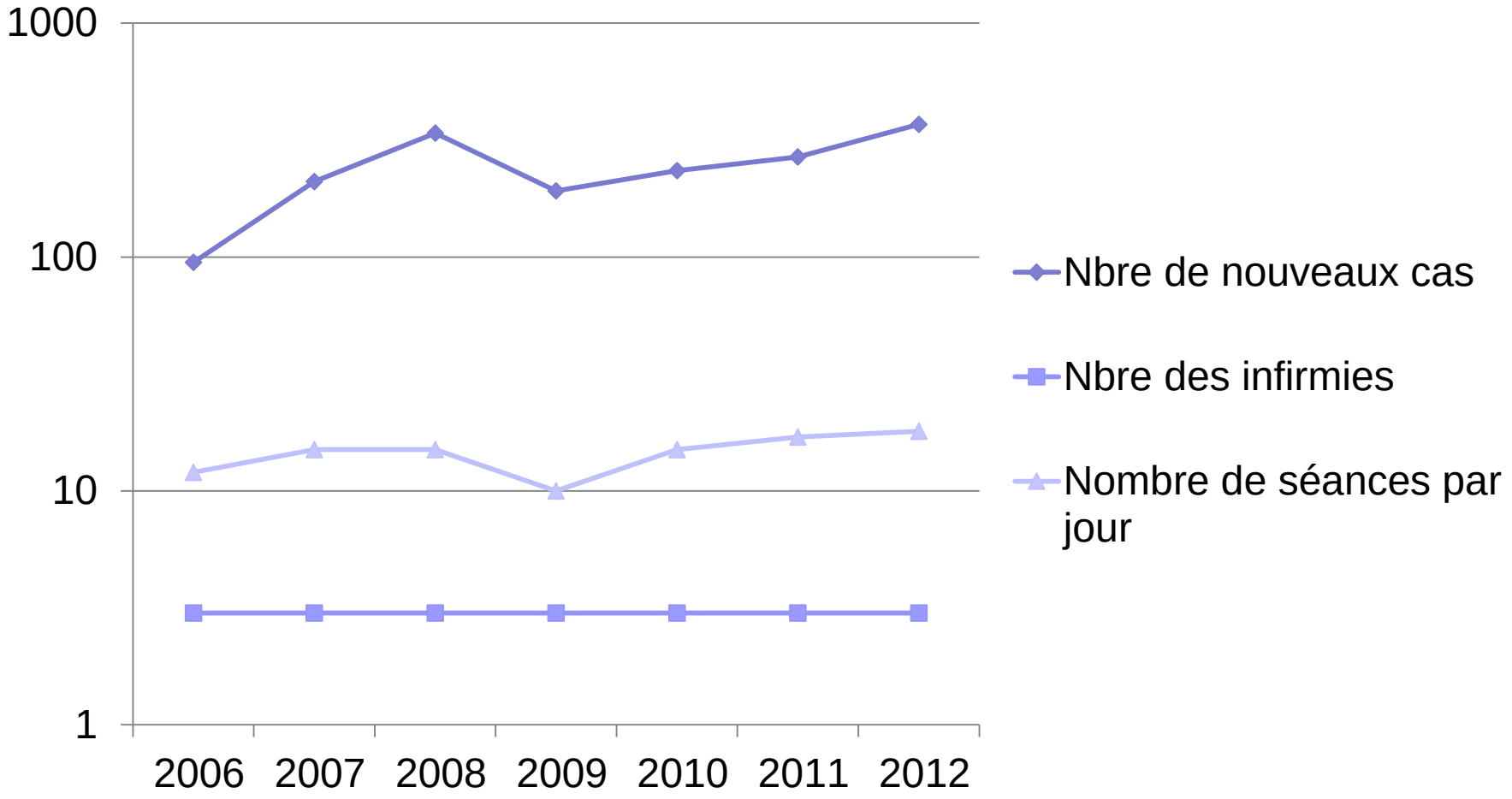


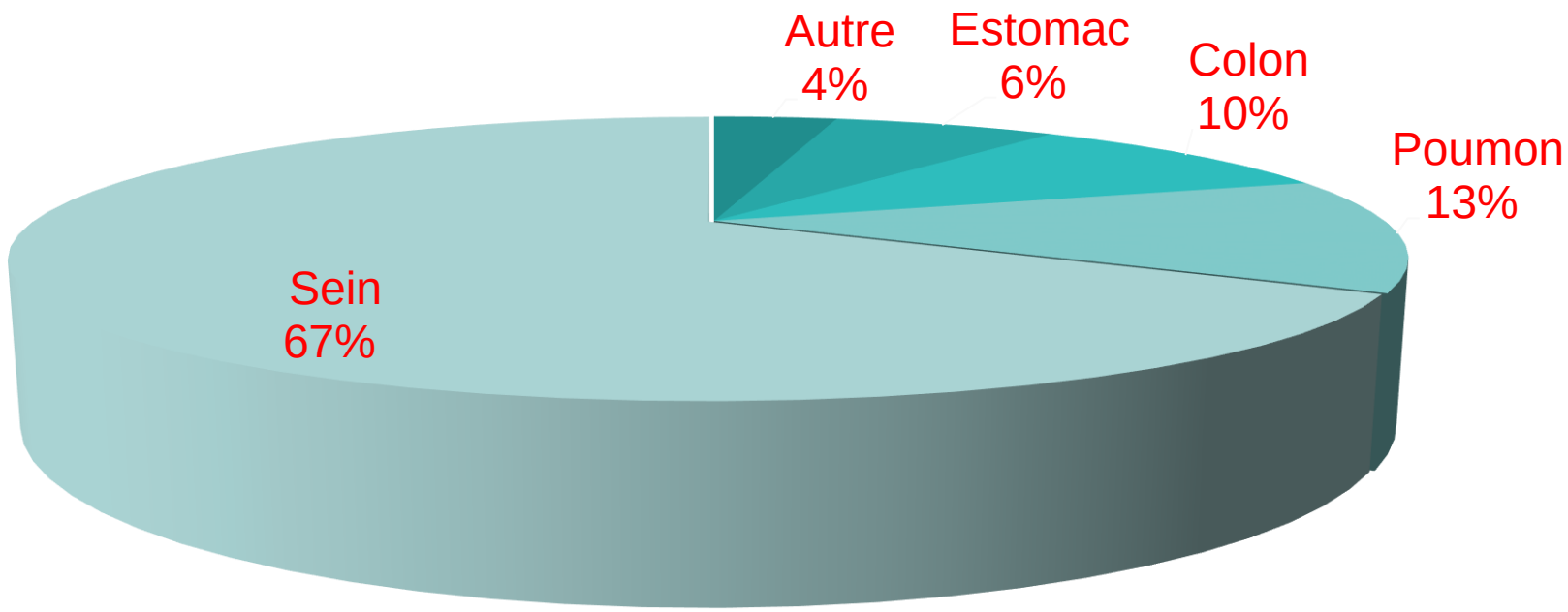
schéma des séances de chimiothérapie s'étalant du 2006 à 2012
5000
4500
4000
3500
3000
2500
2000
1500
1000
500
0
2878
3843
3839
2720
3064
3984
4296
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de nouveaux malades	95	210	339	192	234	268	369
Nombre d'infirmiers	03	03	03	03	03	03	03
Nombre de séances par jour	12	15	15	10	15	17	18

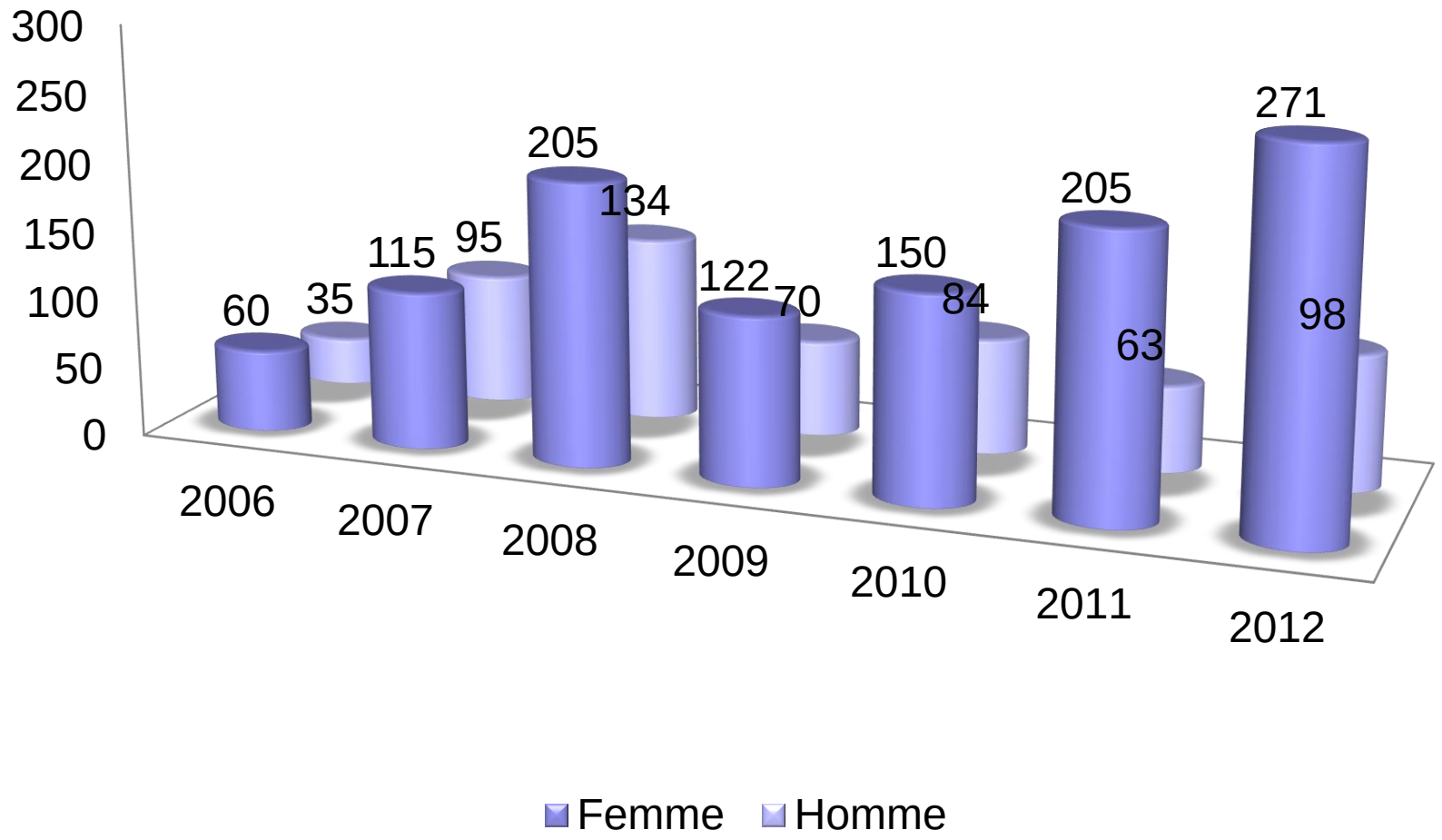
Tableau : montre le nombre de séances par jour, nombre d'infirmiers et le nombre des nouveaux malades.



Tendance du nombre des nouveaux cas, du nombre des séances par jours par rapport au nombre des infirmiers du service depuis 2006



répartition du nombre des séances par localisation en 2012



Graphique : Répartition des patients selon le sexe depuis 2006

Discussions

- Les séances de chimiothérapie entre 2006-2008 : 33%

flux important des patients venant des différents provinces déjà cités.

- Juste après l'inauguration du centre El Hoceima en 2008 et Fès en 2009, le nombre des séances a chuté de 29%.

Nombre de séances de chimiothérapie entre 2009 et 2012 : ↑ 58%

-Mise en place du programme Access
(Médicaments innovants & ATM)

Des activités à l’hôpital de jour → Nombre des infirmiers est resté fixe (03)

Conséquence →

- Délai inter cure
- Rendements du personnel
- Charge de travail

- Ces infirmiers n’ont bénéficiés que de deux formations, une en 2007 et l’autre en 2010.

- La charge , les conditions de travail et le manque de formation continue, dans un secteur en constante évolution, retentissent négativement sur la qualité de soin .

- La médecine du travail était absente durant toute cette période, alors que les infirmiers sont exposés aux risques spécifiques, vue l’exposition permanente aux produits toxiques .

Le rôle de l’infirmier à l’hôpital de jour

- Le rôle de l’infirmier est primordial à l’hôpital de jour, pour cela il doit remplir son devoir vis-à-vis des patients avec conscience et moralité socioprofessionnelle.

- Son rôle consiste à familiariser le patient avec ce qui lui parait étrange et effrayant,

- Il explique au patient les grands principes de son traitement , sa durée et ses effets secondaires,

- Il vérifie la conformité de la prescription, le contrôle de la dose et le bilan biologique,

.

- Il contrôle systématiquement les calculs de dose et de débits,
- Il pose et retire une perfusion dans une chambre implantable
- Il applique les règles régissant les manipulations de cytotoxiques de façon à se protéger, à protéger le patient et l'environnement.
- Il doit réagir immédiatement en cas l'extravasation.
- Il informe le patient des effets secondaires.

Pour ce faire, l'infirmier devra mettre continuellement à jour ses connaissances concernant les nouveaux traitements anticancéreux.

Suggestions :

- Le **recrutement** des infirmiers diplômés à l'hôpital de jour;
- La **formation continue** dans le domaine des soins infirmiers en cancérologie, afin de promouvoir la créativité et l'innovation visant l'amélioration de la qualité des soins;
- La **centralisation de la salle de préparation** à proximité de la pharmacie;
- L'organisation d'une **surveillance médicale régulière** pour tout le personnel en contact avec les cytotoxiques;
- L'introduction du **module formation en cancérologie dans les programmes des IFCS**;
- L'intégration des **stages au niveau des services d'oncologie** pour les infirmiers en formation.

Conclusion

Une formation de base,

Une prise en charge des nouveaux recrus basée sur l'information et la formation spécifique,

l'amélioration des conditions de travail,

Les facteurs primordiaux pour l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à l'hôpital de jour du C.R.O Oujda.

MERCI POUR VOTRE ATTENTION

DES QUESTIONS?

memegenerator.net

Protocole de soins entre théorie et pratique

Cas institut national d'oncologie de Rabat

Travail présenté par :

Mme AITOUMA AHLAM

Surveillante de soins

Responsable de

l'unité de supervision/Evaluation du soins.

SSI/INO

7éme Journée Scientifique de l'AMIC

25 Mai 2013

A.M.I.C

- Introduction
- Phase conceptuelle
- Phase méthodologique
- Phase empirique
- Recommandation
- Conclusion
- Diffusion

- Les protocoles de soins revêtent un intérêt majeur pour les situations et techniques de soins ;

- Dans le cadre de son rôle propre l'infirmier doit être capable d'élaborer avec la participation de son équipe soignante des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative;

- L'élaboration d'un protocole exige une démarche scientifique ;

- L'infirmier doit connaitre les protocoles en vigueur dans le service où il exerce ;

- Les protocoles sont une référence dans la pratique des soins

- Les infirmiers sont confrontés à des chantiers de réformes de grandes envergures.
- ils sont appelés à mener une réflexion sur l'apport de leur pratique infirmière à l'hôpital réformé aux patients
- il est d'usage de formaliser la pratique des soins
- la division des soins infirmiers du Centre hospitalier IBN SINA a élaboré un manuel de protocoles de soins en 2001 qui contient cinquante protocoles et fiches techniques.
- La distribution de ce manuel a été accompagnée par des séances de sensibilisation au niveau des établissements du CHIS
- un audit a été réalisé par ORSIA en 2004 et qui a révélé l'absence des protocoles en soins infirmiers

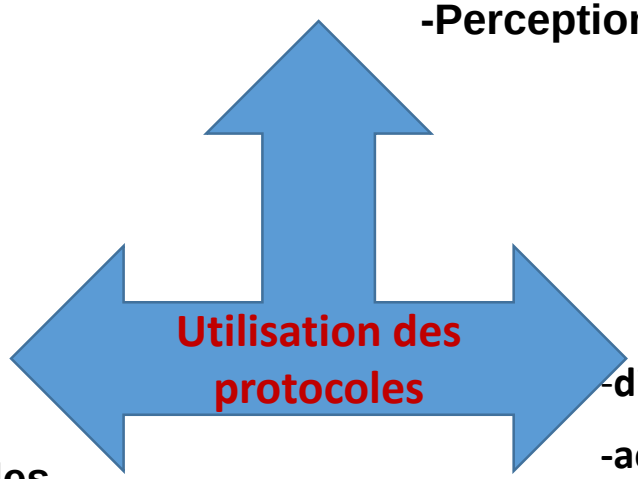
- Au niveau l’hôpital, la tradition orale tient encore une grande place, les anciens infirmiers sont une référence vers laquelle les plus jeunes infirmiers se tournent pour trouver les informations qui leurs manquent.
- Certains infirmiers en oncologie confirment avoir utilisé des protocoles de chimiothérapie, mais la mise en application effective reste à discuter.
-

But de recherche :

- Décrire les contraintes à la mise en application des protocoles des soins au niveau de l'institut national d'oncologie de RABAT

Cadre conceptuel

-Résistance au changement
-Perception des infirmiers



-Respect des étapes d'implantation
-sensibilisation
-implication
-accompagnement
-actualisation des protocoles

-disponibilité du protocole

-accessibilité

-simplicité

-clarté

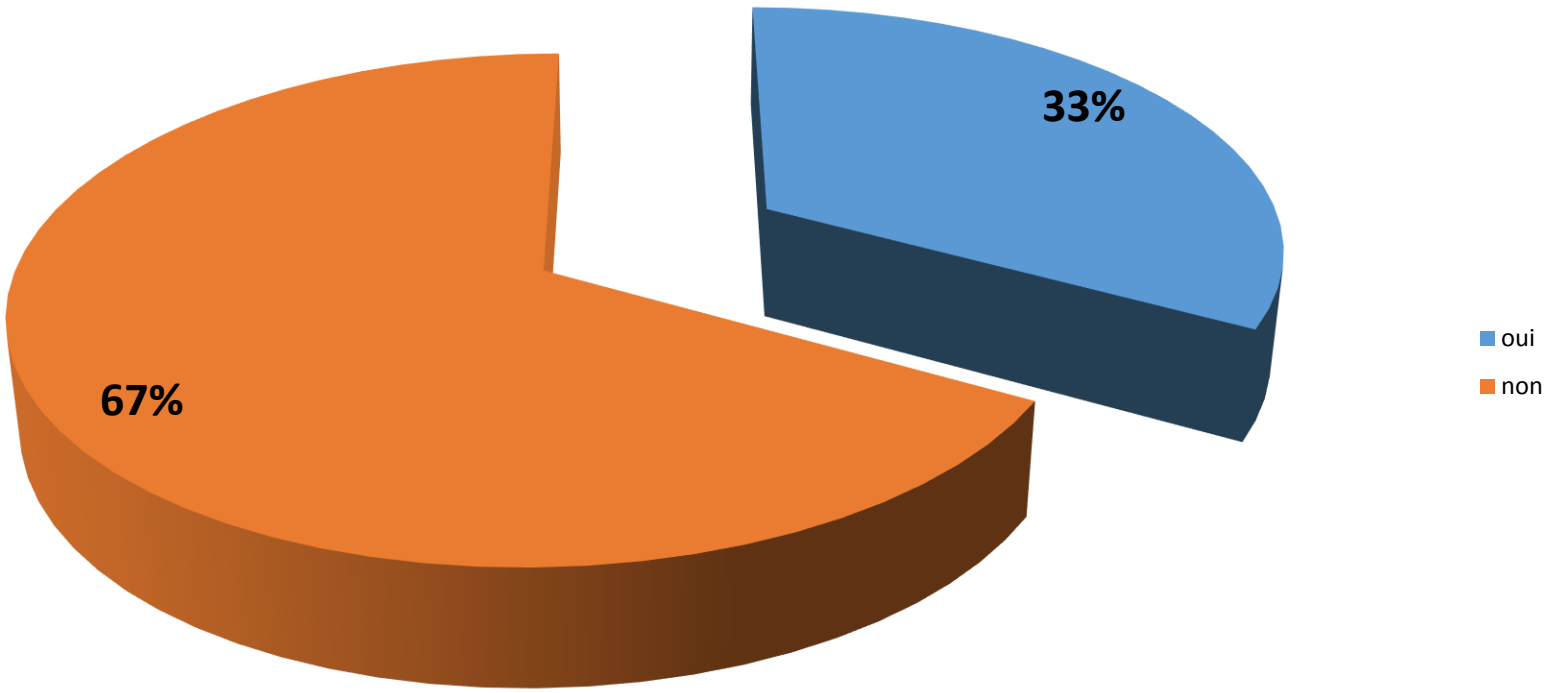
-adéquation avec les ressources

Phase méthodologique

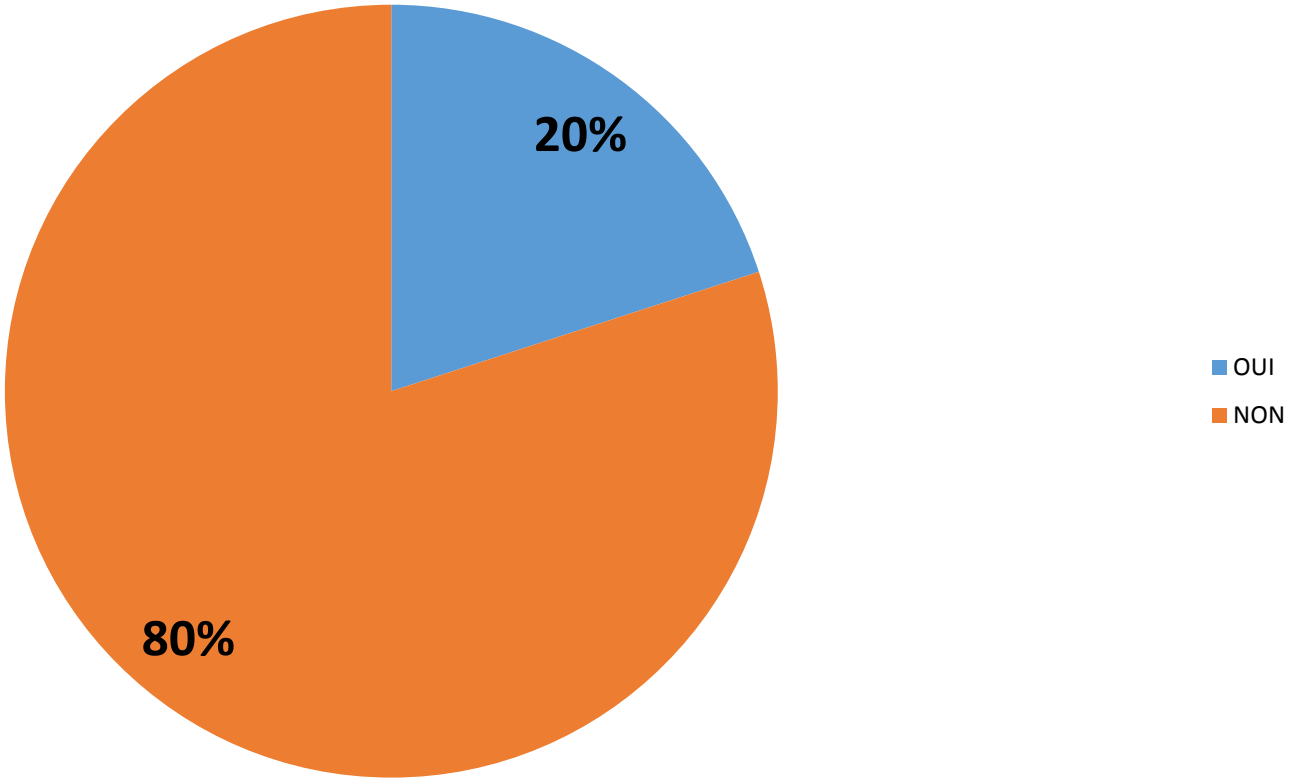
- Méthode d’échantillonnage :stratifiée
- Échantillon :75 infirmiers
- Outil de collecte des données: Questionnaire

  Grille d’observation des protocoles existants

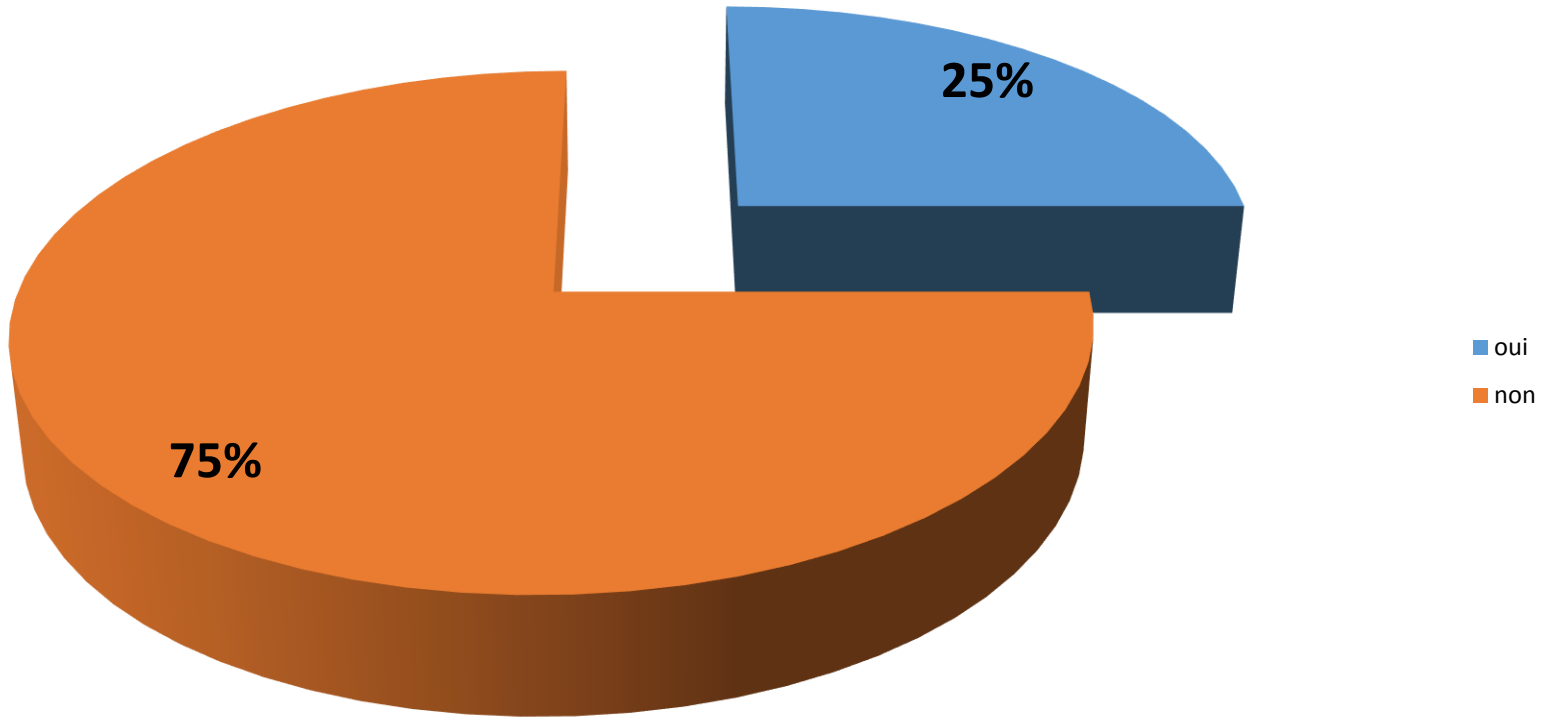
Avez-vous des connaissances de l’existence des protocoles dans l’hôpital ?



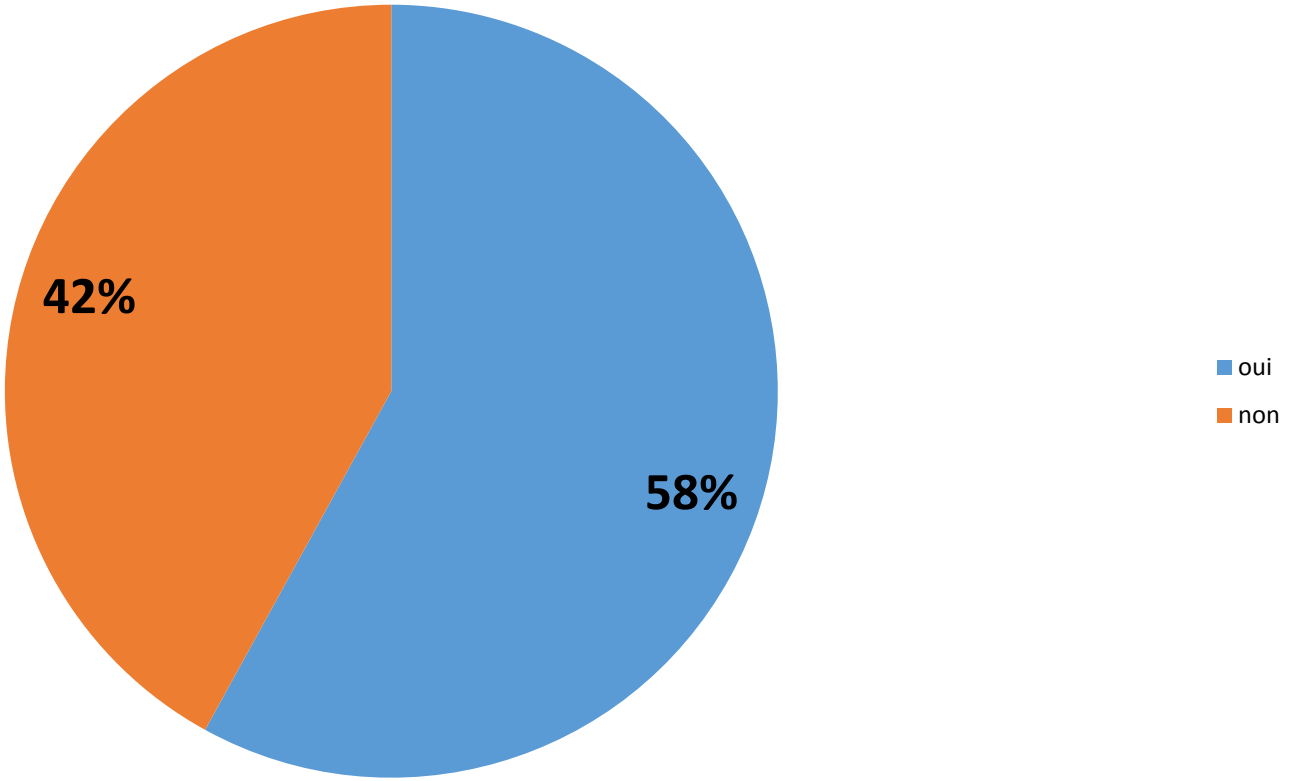
Etes vous informés du manuel des protocoles de soins et fiches techniques élaborés par la division des soins infirmiers ?



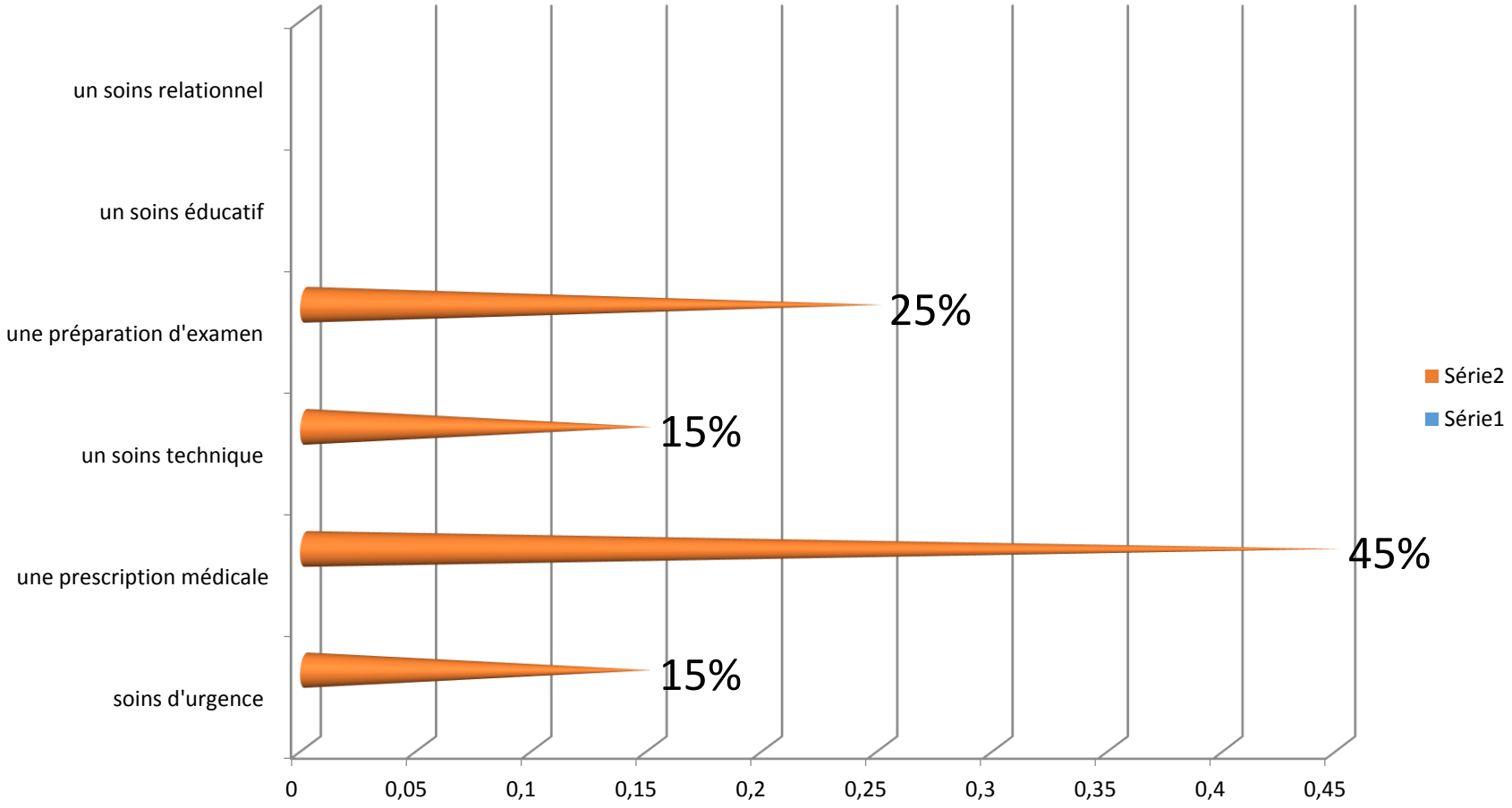
Avez-vous contribué à l'élaboration d'un protocole de soins ?



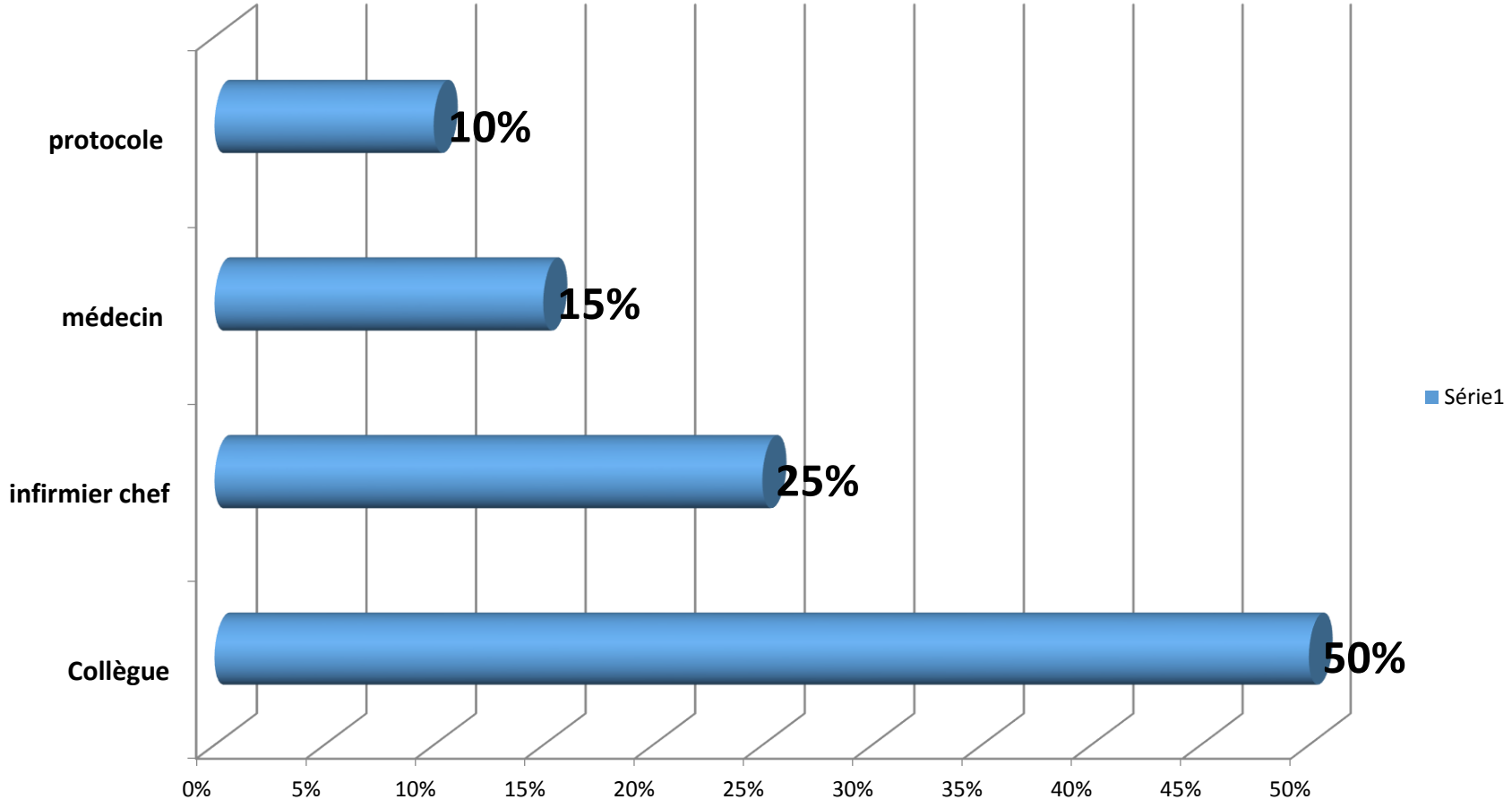
Est-ce que vous avez l’habitude de travailler avec des protocoles de soins ?



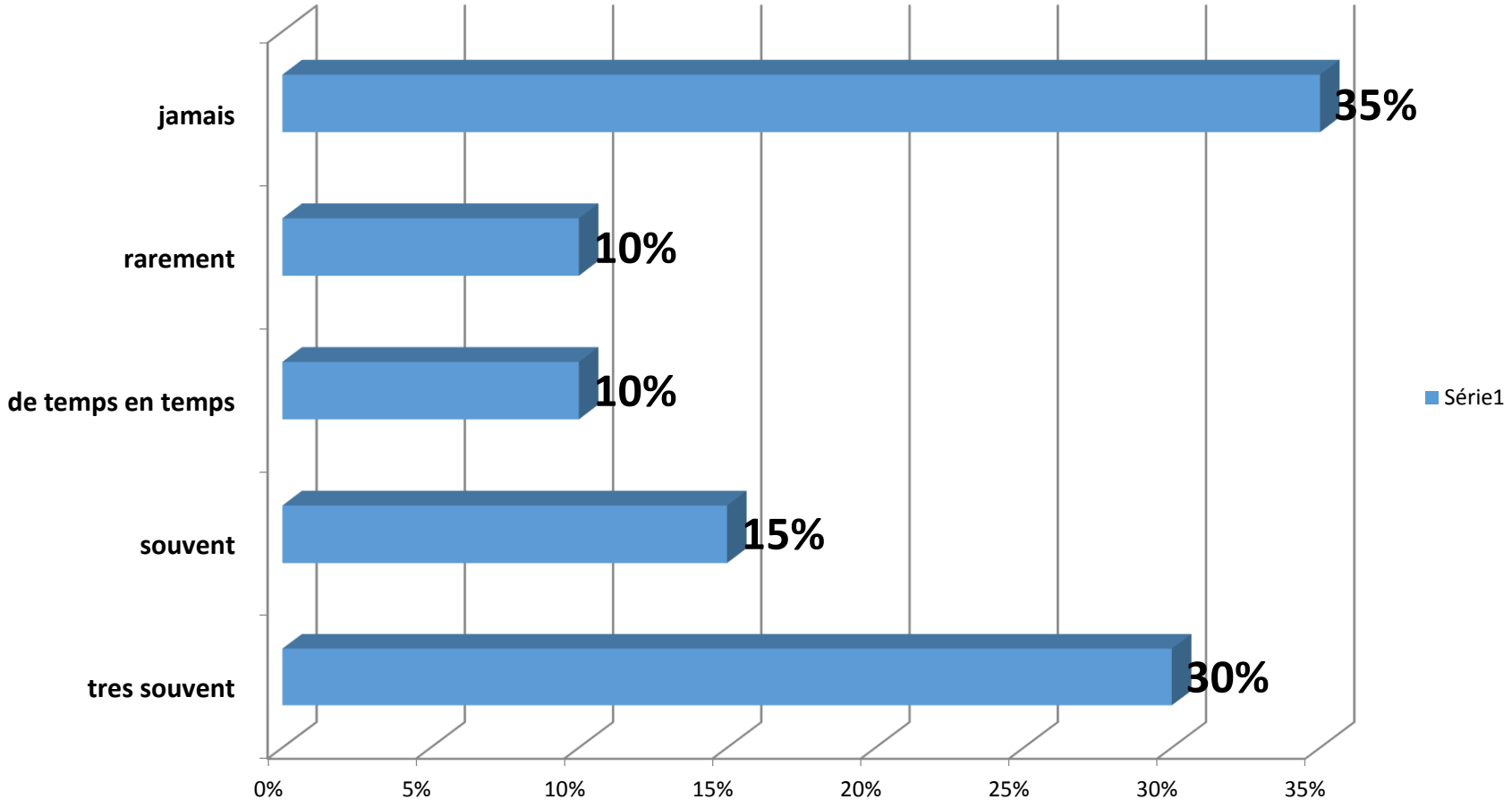
Ces protocoles concernaient



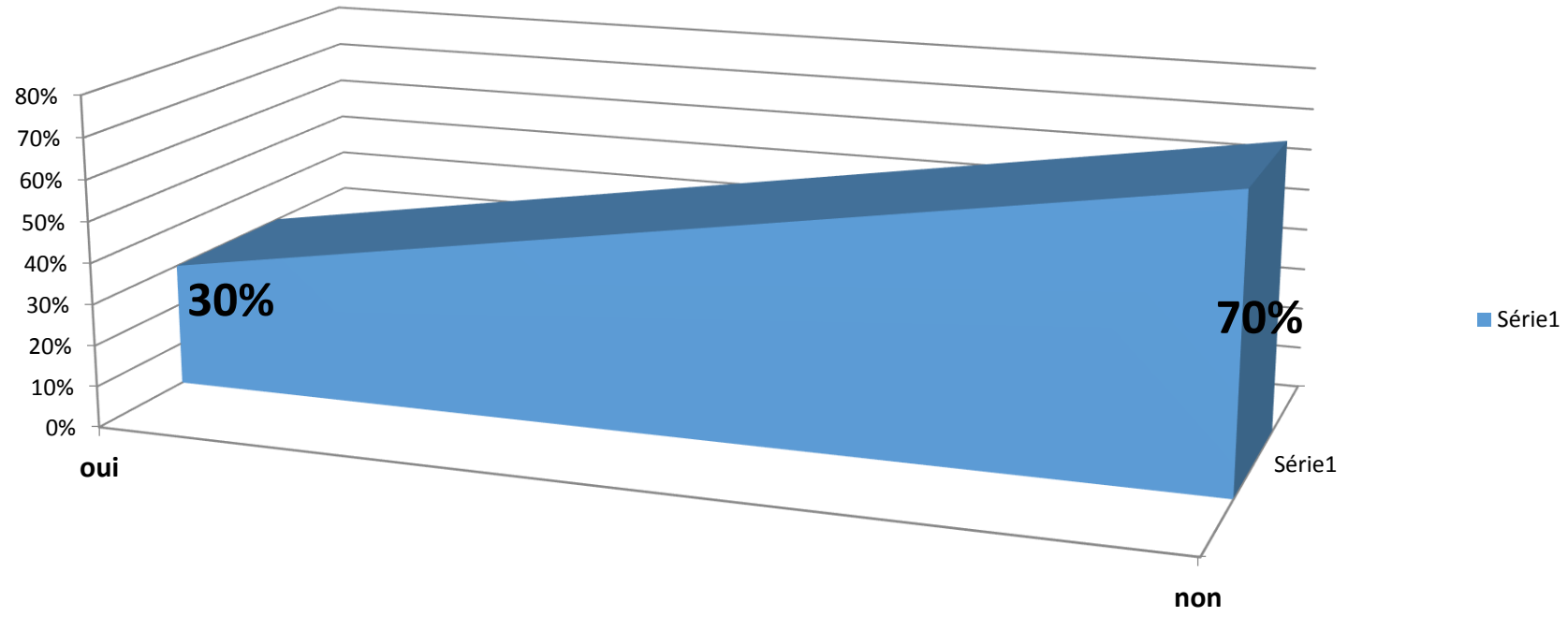
En cas de réalisation d’un soins inhabituel à votre pratique de soins quotidien ,à qui référiez- vous?



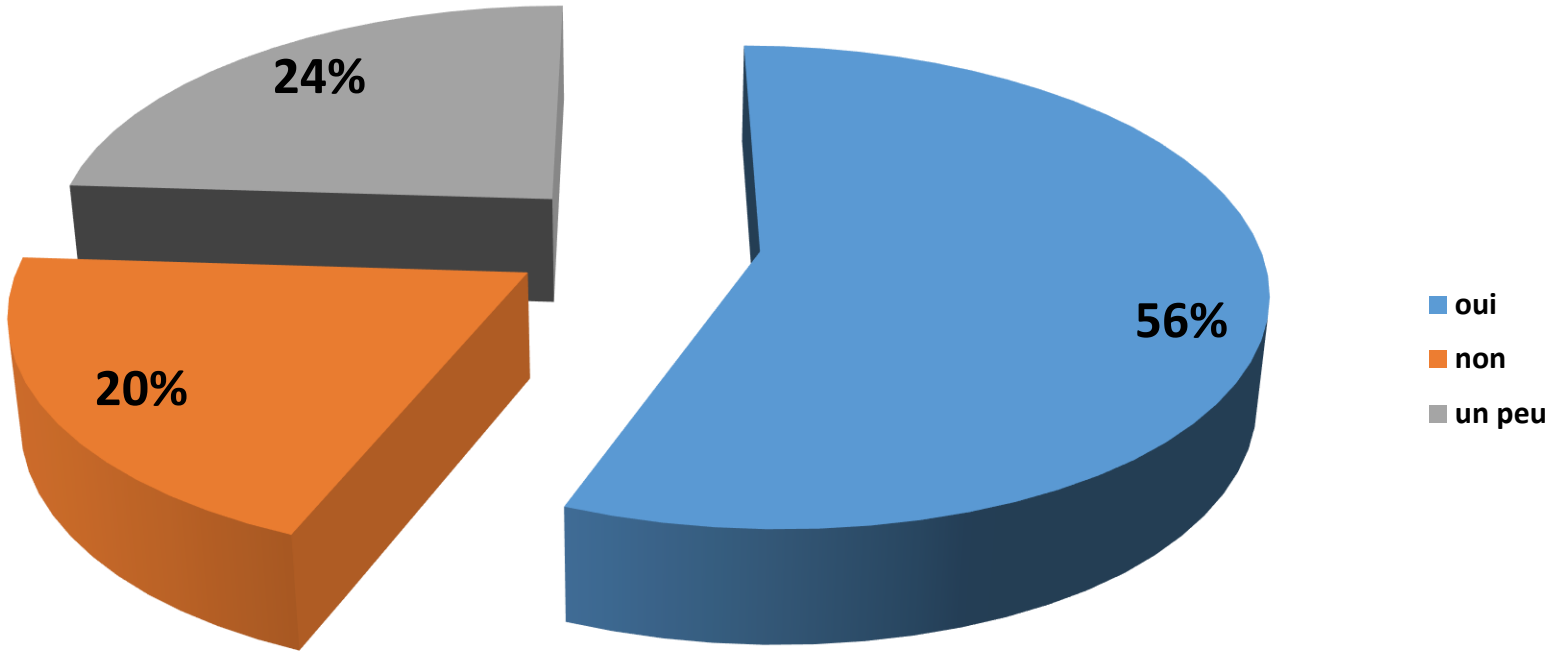
Vous utilisez les protocoles existants dans vos pratiques?



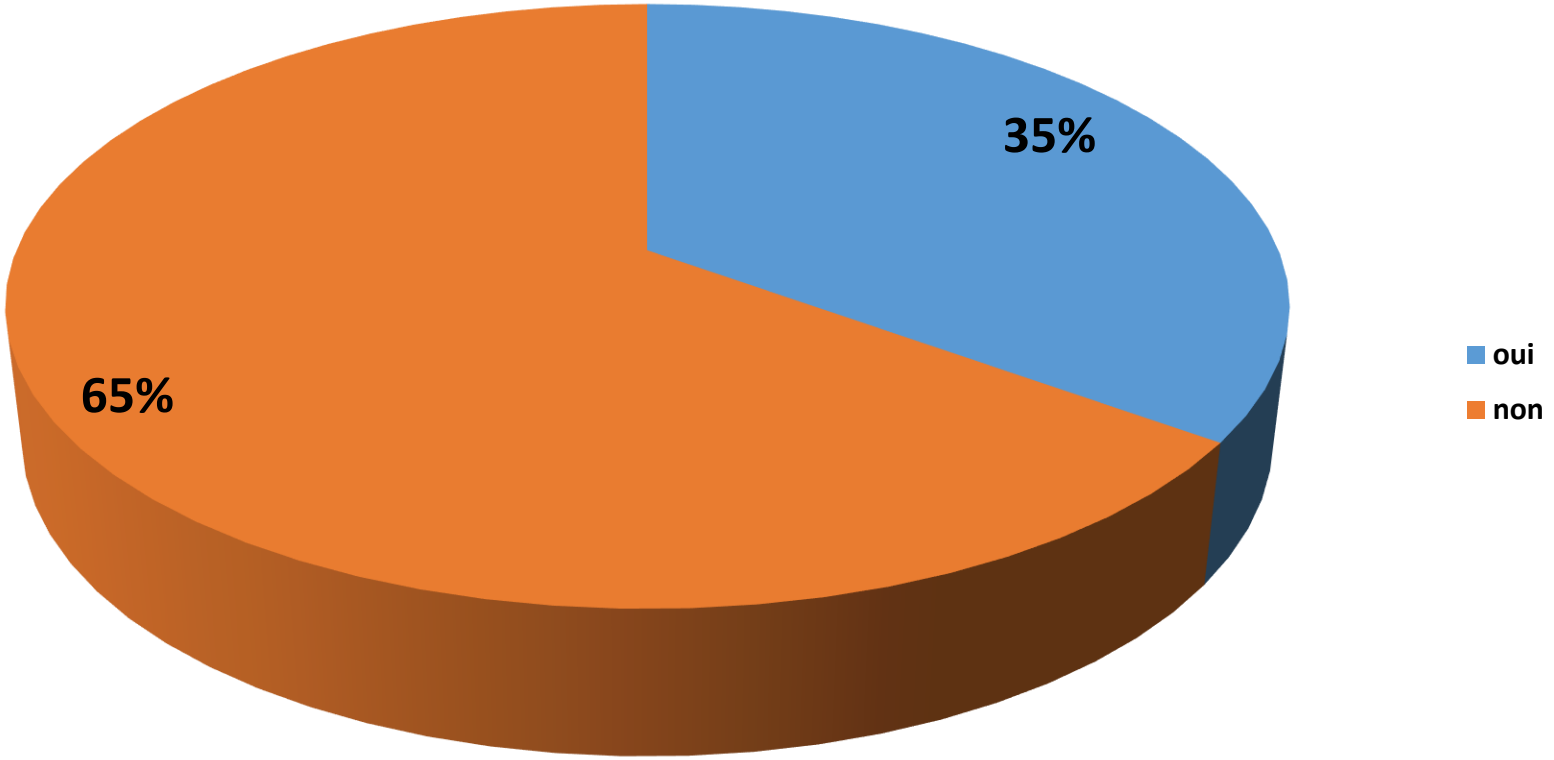
L’accès aux protocoles à l’hôpital est facile?



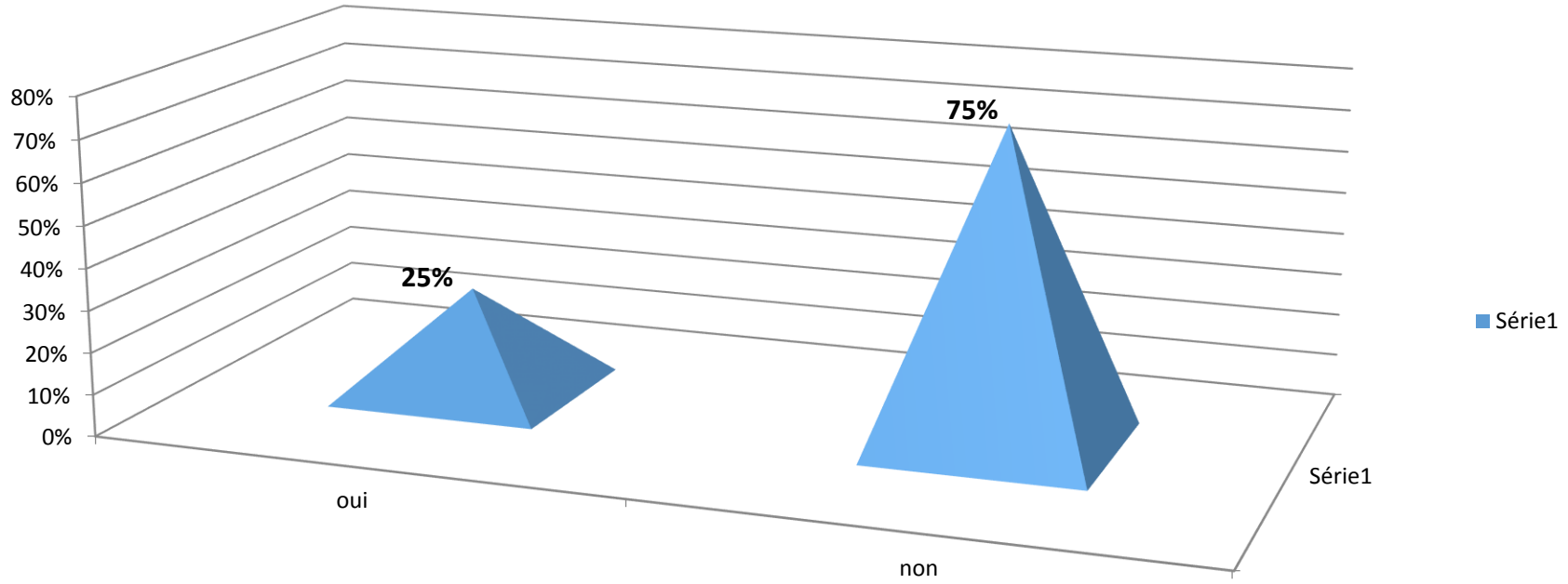
Sont ils claires ?



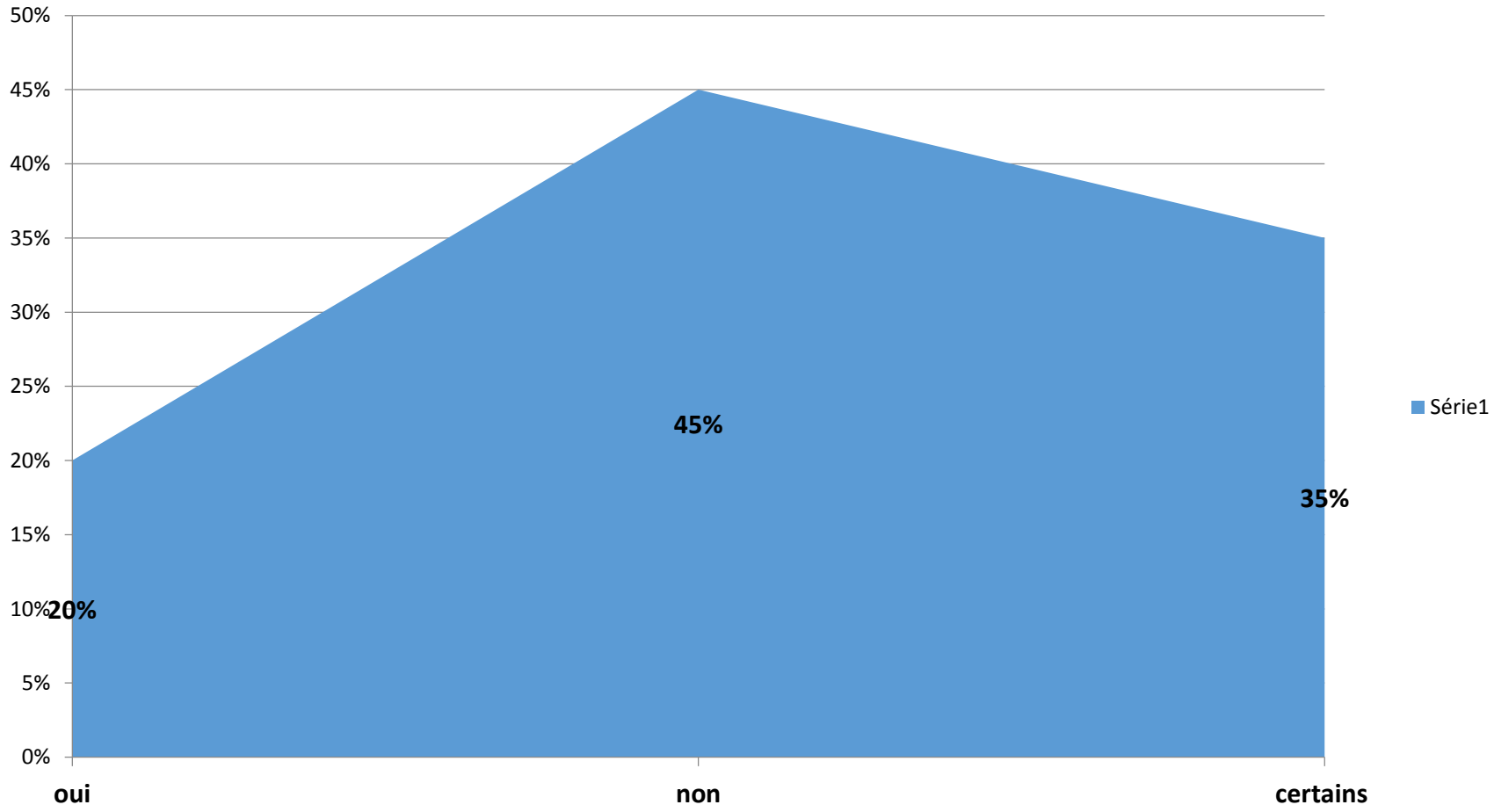
Ces protocoles sont ils cohérents avec les ressources disponibles?



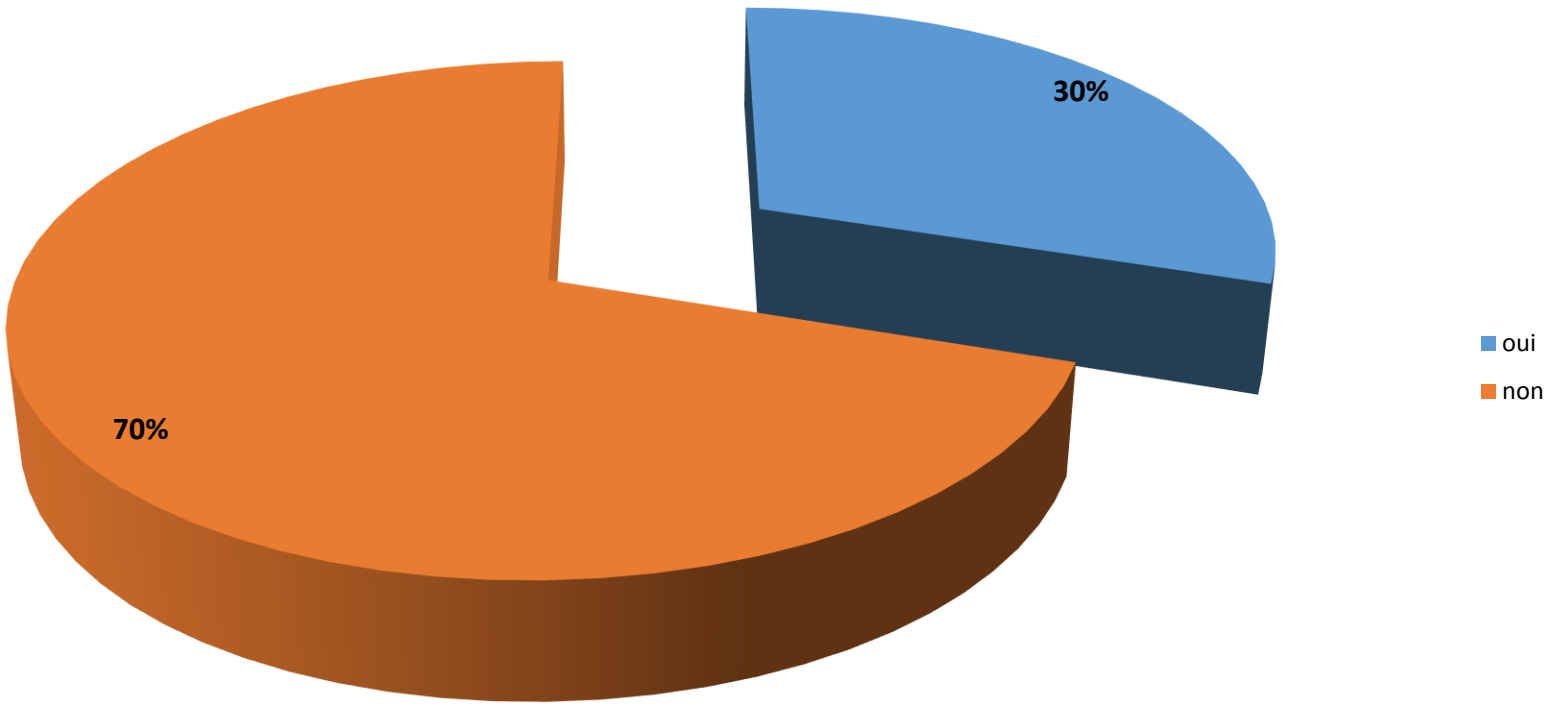
Sont ils adaptables à votre pratique?



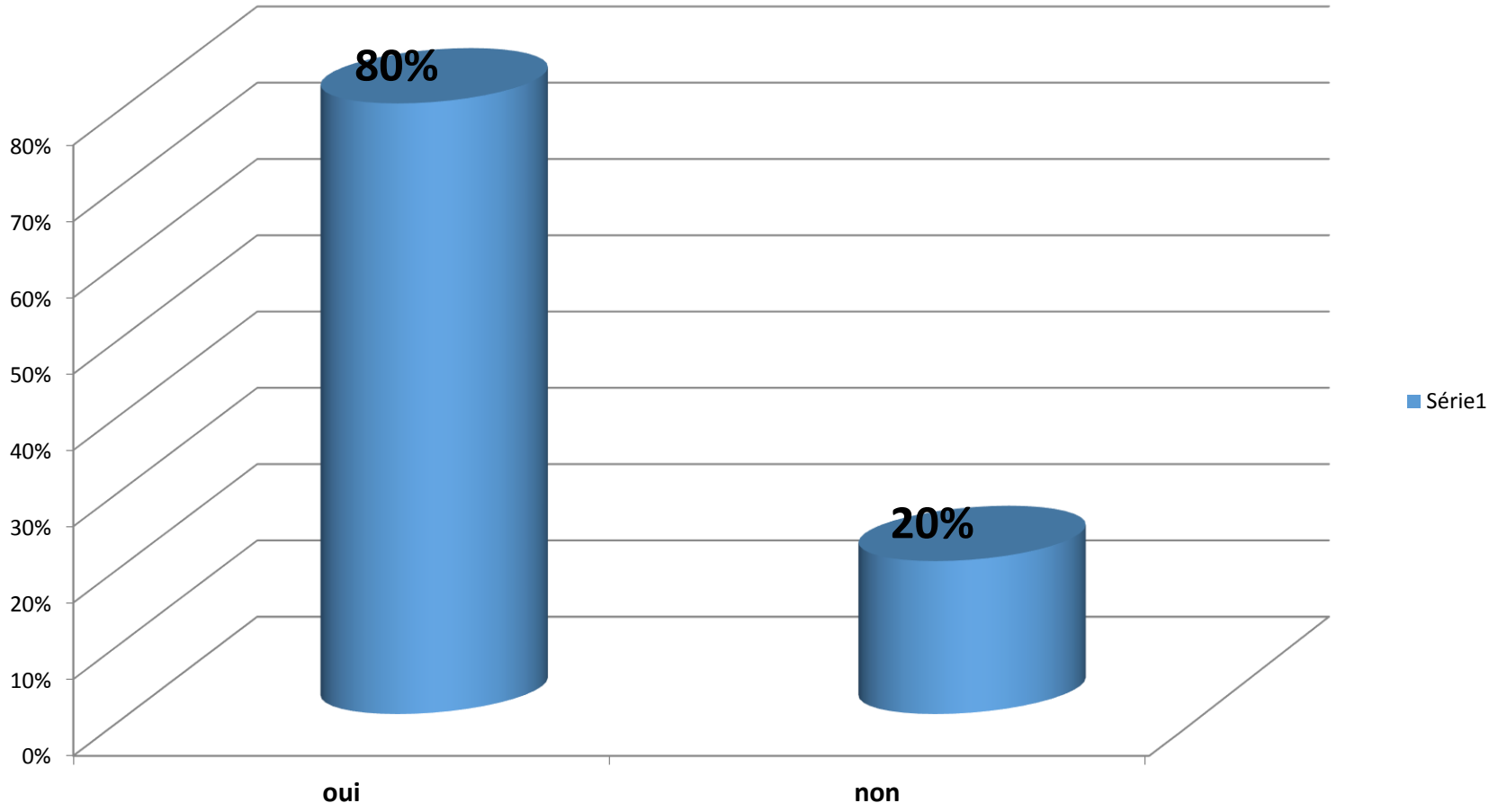
Ont-ils été actualisés ou ajustés ?



Avez-vous reçu une formation continue adaptée à l’application des protocoles de soins ?

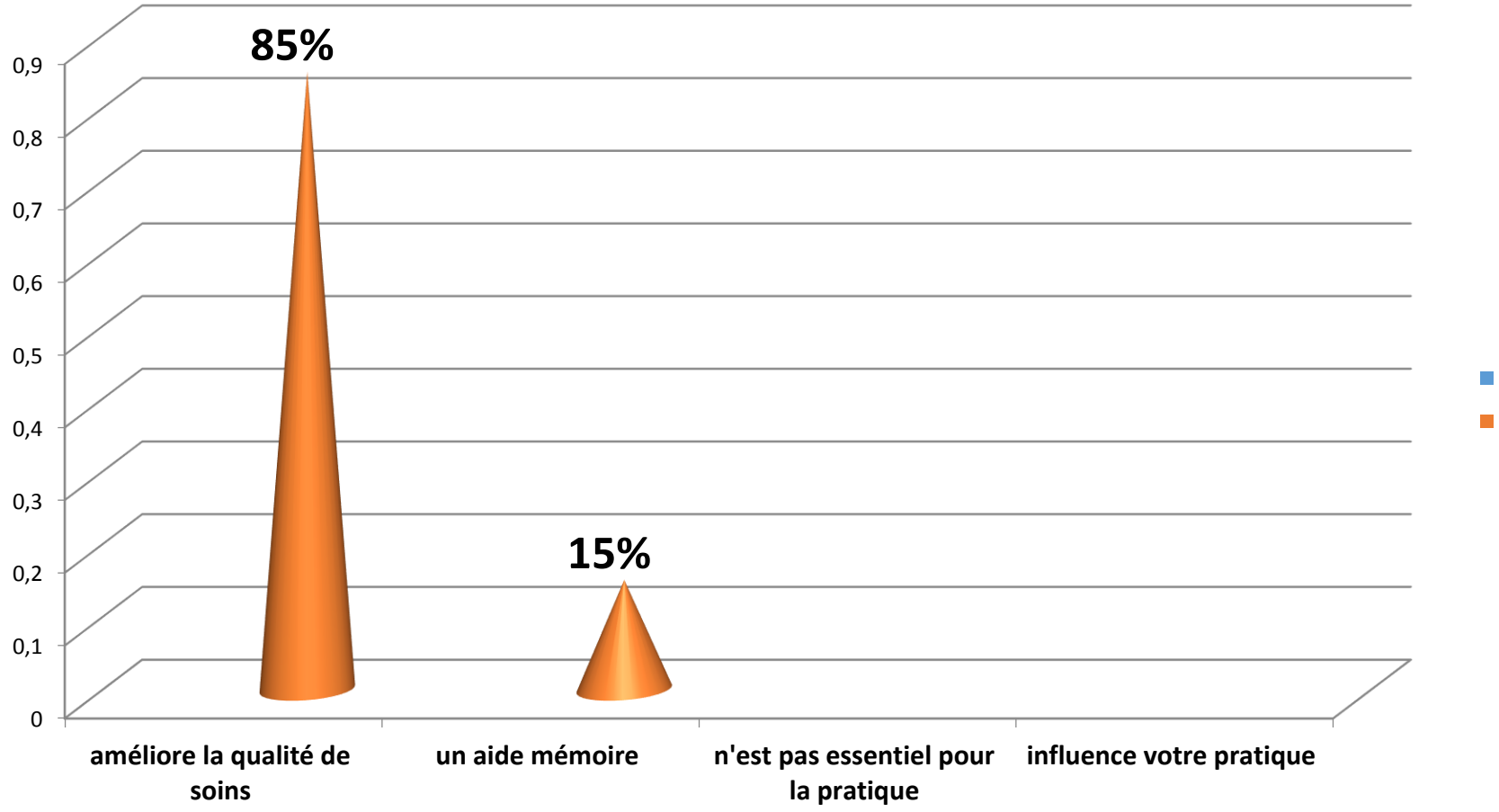


Vous est il arrivé d'avoir des difficultés dans l'utilisation des protocoles ?

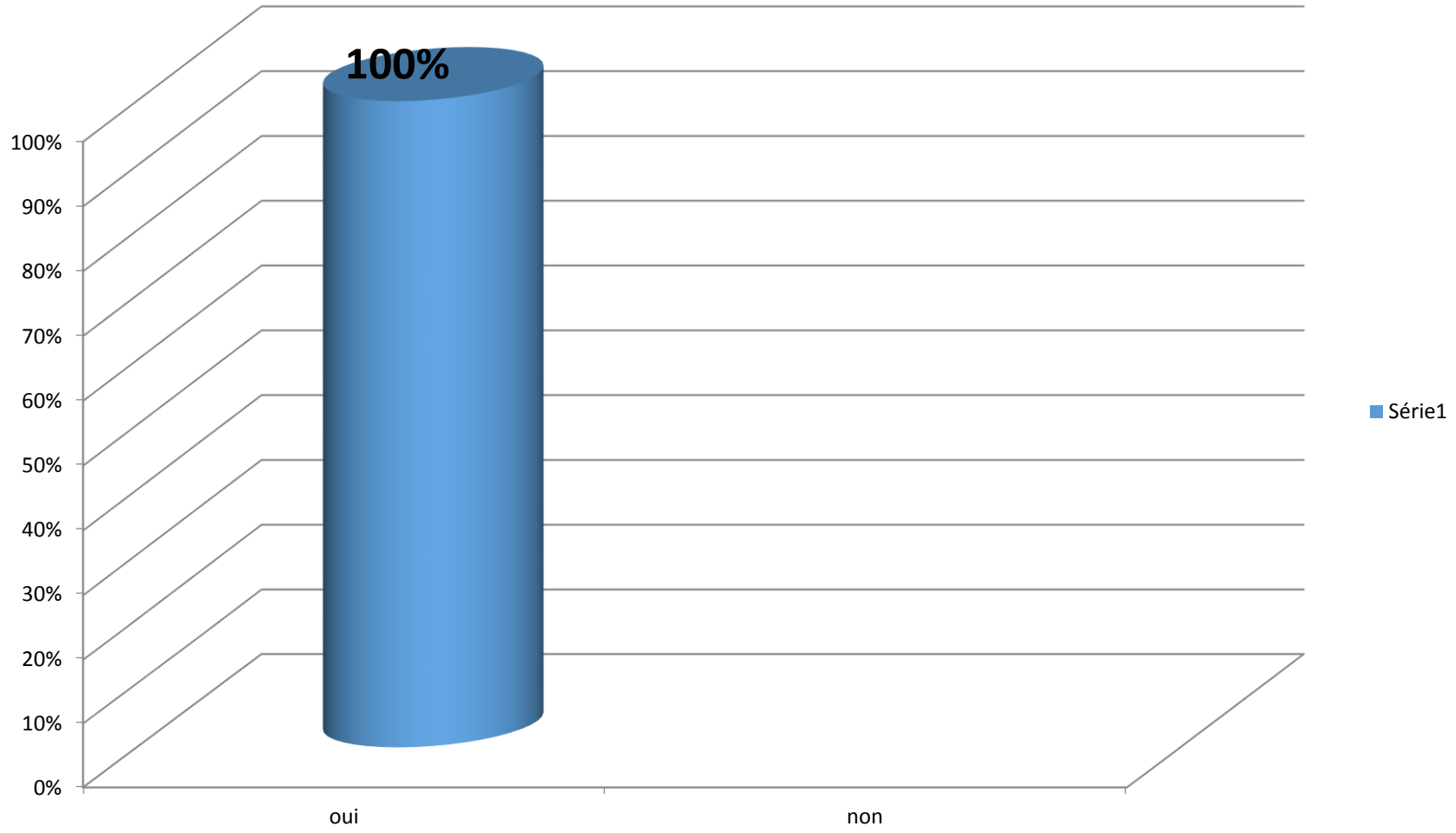


Problème d'accessibilité, manque de moyens

Quelle est votre perception aux protocoles de soins ?



Acceptiez vous de participer à l'élaboration ou à l'actualisation des protocoles ?



Améliore le savoir des infirmiers, et aide à la mise à jour des connaissances

Structure du protocole: grille d’observation

- au niveau de certains protocoles existants certains éléments sont négligés comme la population à qui il est destiné , les objectifs ou les résultats escomptés, la date des évaluations successives.

Suggestions des infirmiers

- Elaboration des protocoles tout en considérant la spécificité de chaque service (oncologie, RTH ,urgences, chirurgie….)
- Chaque unité de soins doit identifier ses propres besoins en matière des protocoles et participer à leur élaboration avec l'accompagnement d'une personne ressource pour une meilleure adhésion de tous le personnel ;
- Organiser des séances de formations au profit de tous le personnel infirmier,
- Elaborer **un document soins INO** qui englobe tous les protocoles élaborés ;
- Procéder à une large diffusion en cas d'élaboration d'un protocole ;

Recommandations

- ❖Faire un état des lieux des besoins des infirmiers en protocoles
- ❖Sensibiliser les infirmières quant à l'intérêt d'adoption des protocoles dans la pratique infirmière ;
- ❖Organiser des séances de formation sur la méthodologie d'élaboration des protocoles;
- ❖Accompagner les infirmiers dans leur projet de soins;

Suite

- Impliquer le personnel dans l’élaboration des protocoles de soins
- Assurer l’affichage des protocoles ;
- Ranger les protocoles sur des classeurs dans les salles de soins;
- Programmer l’actualisation des protocoles de soins .

Conclusion

- On a pu constater que la réussite de l'implantation et l'opérationnalisation des protocoles exige l'élaboration d'une stratégie facilitant leur mise en œuvre et leur utilisation dans les unités de soins.
- Dans tous les cas le protocole doit être, dans la pratique infirmière, un outil de travail, au service de la qualité des soins, des prestations proposées aux malades, mais aussi des infirmiers dont il facilite leur travail quotidien.

Suite

- On est convaincu que plus il y aura d’échange, de discussion, d’écritures, de publication autour des protocoles, plus il y aura des bénéfices pour les infirmiers et les patients.

Merci pour votre attention